



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**MODELO DE ALIANÇAS ESTRATÉGICAS ENTRE SETOR PÚBLICO E**  
**SOCIEDADE CIVIL PARA A GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO**  
**TRABALHADOR**

**por**

**DEISE GUADELUPE DE LIMA**

Tese submetida à Universidade Federal de Santa Catarina  
para a obtenção do Título de Doutora em Engenharia de Produção.

Orientador:

**Prof. Alejandro Martins Rodriguez, Dr.**

**Florianópolis, dezembro de 2005.**

**DEISE GUADELUPE DE LIMA**

**MODELO DE ALIANÇAS ESTRATÉGICAS ENTRE SETOR PÚBLICO E  
SOCIEDADE CIVIL PARA A GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO  
TRABALHADOR**

**Tese submetida à Universidade Federal  
de Santa Catarina para a obtenção do  
Título de Doutora em Engenharia de  
Produção.**

**Florianópolis, dezembro de 2005.**

**MODELO DE ALIANÇAS ESTRATÉGICAS ENTRE SETOR PÚBLICO E  
SOCIEDADE CIVIL PARA A GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO  
TRABALHADOR**

**DEISE GUADELUPE DE LIMA**

Esta Tese foi julgada adequada para a obtenção do Título de Doutora em Engenharia de Produção, e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profº Edson P. Paladini, Drº

Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

**Banca Examinadora:**

Profº Alejandro Martins Rodriguez, Dr.  
*Orientador*

Profª Janae Gonçalves Martins, Drª  
Moderadora

Profº Nilsnon Ribeiro Modro, Dr.

Profª Elizabeth Sueli Specialski, Drª

Profº Adair da Silva Lopes, Dr.

**Ao Profº Drº Alejandro Martins Rodriguez,  
por me acolher na comunidade científica; as  
minhas filhas Bela, Grázi e Dani, pelo  
carinho, compreensão e tempo que lhes  
roubei; aos meus pais, Sr. Lima e Dona  
Mercedes, pela educação e amor que recebi; a  
Deus, por tudo que sou e possuo.**

## AGRADECIMENTOS

Este estudo só foi possível devido a cordial colaboração de um grande número de pessoas, as quais sou muito grata.

Ao Prof<sup>o</sup> Alejandro Martins Rodriguez, Dr., pela confiança e apoio na orientação deste trabalho, pessoa pela qual passei a respeitar e admirar pela maneira que conduz a sua missão de professor e pesquisador.

Ao Programa institucional de Capacitação Docente e Técnica/PICDT e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, pelo apoio financeiro e pelas orientações sobre as rotinas que norteiam os afastamentos para pós-graduação, onde possibilitou a dedicação exclusiva à elaboração deste projeto de tese.

A todo corpo docente e discente do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, pelas trocas de experiências e idéias que contribuíram para o meu aprimoramento intelectual, profissional e pessoal.

Aos professores membros da Banca Examinadora, que aceitaram esta data de defesa.

Aos Docentes e Discentes da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, pelo apoio e incentivo recebido para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de carreira como professora pesquisadora.

Aos Professores Doutores Jesus Eurico Miranda Regina, Ex-Diretor do Centro de Ciências Humanas e Sociais - CCHS e, Amaury da Silva, Vice Reitor da UFMS, pela confiança e apoio ao nosso trabalho e à formação de professores mestres e doutores em nossa Universidade.

A minha amiga e colega de trabalho Prof<sup>a</sup> MSc. Nilda Barbosa Cavalcante Rangel que nestes seis anos de casa vem acompanhando a nossa luta por um ensino de melhor qualidade, estando sempre perto nos momentos difíceis no nosso departamento.

Aos meus amigos e colegas de trabalho mais recente, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claudia Aparecida Stefane e Prof<sup>o</sup> MSc. Alessandro Moura Zagatto, por me escutarem durante esta trajetória, ajudando-me a superar os obstáculos vindos do trabalho.

Em especial, ao Prof<sup>o</sup> Dr. Adair da Silva Lopes que, nos momentos decisivos deste trabalho, nos possibilitou fazer as devidas correções, usufruindo sua sala e equipamentos, na UFSC.

Aos servidores dos Ministérios da Previdência Social; do Trabalho e Emprego, da Saúde e do Meio Ambiente, pelas informações valiosas nas entrevistas que fizemos e nos debates que participamos.

Aos servidores estaduais de Mato Grosso do Sul, das Secretarias de Saúde e de Estado de Assistência Social, Cidadania e Trabalho, pela atenção dada quando da solicitação das informações sobre gestão da saúde do trabalhador no estado.

Aos servidores municipais de Campo Grande/MS, da Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde pública, por ter cedido seu acervo bibliográfico sobre Vigilância na Saúde do Trabalhador e pelas explicações dadas sobre a execução das ações.

Ao Corpo Docente e Discente do Curso de Pós-Graduação à Nível de Especialização em Saúde do Trabalhador, curso este feito em parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde/MS, FIOCRUZ e UFMS, pela autorização da nossa participação nas aulas e discussões.

Ao Zeca, pai de minhas filhas, pelo apoio cedido quando de minhas visitas em Florianópolis.

A todos que de uma maneira direta e/ou indireta, contribuíram para o desenvolvimento de nossos estudos sobre a Gestão da Saúde do Trabalhador.

## ÍNDICE

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>ix</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>xi</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>xii</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>xvi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xvii</b>
<b>1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 – Formulação da Situação-Problema .....	1
1.2 O Foco de Análise .....	3
1.3 A Direção do Estudo .....	3
1.4 Objetivos .....	4
1.5 Justificativa .....	5
1.6 Referencial Teórico. ....	7
1.7 Definição de Termos .....	8
1.8 Resultados Esperados .....	10
1.9 Organização do Estudo .....	10
<b>2- ADMINISTRAÇÃO, MODELOS DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. ....</b>	<b>11</b>
2.1- Considerações Iniciais .....	11
2.2- Administração e Modelo de Gestão .....	12
2.3- Administração Pública e Gestão pela Qualidade .....	20
2.4- Administração pública e Segurança e Saúde no Trabalho .....	31
2.5 – Considerações Finais do Capítulo .....	45
<b>3- METODOLOGIA .....</b>	<b>46</b>
3.1- Considerações Iniciais .....	46
3.2- Modelo de Estudo .....	46
3.3- População .....	48
3.4- Instrumentação .....	48
3.5- Coleta de Dados .....	50
<b>4- GSST NO CONTEXTO FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL .....</b>	<b>52</b>
4.1- Considerações Iniciais .....	52
4.2- Perfil de Morte e Adoecimento Relacionado ao Trabalho .....	54
4.3- Identificação dos Atores.....	56
4.4- Governo Federal .....	56

4.5- Governo Estadual.....	83
4.6- Governo Municipal .....	92
4.7- Esfera sindical .....	96
4.8- Considerações Finais do Capítulo .....	99
<b>5- MODELO DE ALIANÇAS ESTRATÉGICAS ENTRE O SETOR PÚBLICO E A SOCIEDADE CIVIL EM GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR – GSST .....</b>	<b>100</b>
<b>6 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>127</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXOS</b>	



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Caracterização da Organização em Componentes Básicos .....	16
Figura 2	Caracterização da Organização em Componentes Funcionais ...	18
Figura 3	Caracterização Abrangente da Organização .....	19
Figura 4	Modelo de Excelência em Gestão Pública .....	26
Figura 5	Acidente de Trabalho e seus respectivos benefícios	44
Figura 6	Modelo de Diagnóstico da GSST .....	47
Figura 7	Visão Sistêmica da GSST e suas Interações .....	103
Figura 8	Modelo representativo da relação Homem x Ambiente Laboral	105
Figura 9	Identificação do trabalhador informal para encaminhamento a formalidade, em nível municipal .....	113
Figura 10	Topologia de processamento representativo dos ministérios públicos na GSST .....	116
Figura 11	Sugestão de criação de um nível de BD em duas camadas .....	117
Figura 12	Aparência de um típico BD distribuído .....	118
Figura 13	A estrutura e o conteúdo dos BD locais são muito diferentes ....	119
Figura 14	O BD global é alimentado pelos sistemas operacionais remotos	120
Figura 15	Diferentes sites da GSST	121
Figura 16	Diferentes sites da GSST do modelo proposto .....	121
Figura 17	O BD é fisicamente evidenciado por meio de diversas tabelas	122

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução da Teoria da Administração .....	13
Quadro 2 – Diferenças existentes entre os Setores Público e Provado .....	20
Quadro 3 – Critérios e itens de Avaliação e pontuações Máximas .....	27

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição dos Trabalhadores e Situação no Mercado de Trabalho, Brasil, 2002. ....	53
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**BD** – Banco de Dados

**Ca** – Certificado de Aprovação

**CCHS** – Centro de Ciências Humanas e Sociais

**CCQ** – Círculos de Controle da Qualidade

**CESAT** – Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador

**CEST** – Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador

**CESTEH** – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

**CF** – Constituição Federal

**CIPA** – Comissão Interna de Acidentes

**CIPATR** – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural

**CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde.

**COSEMS/SP** – Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo

**CUT** – Central Única dos Trabalhadores

**DATASUS** – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

**DIESAT** – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas e dos Ambientes de Trabalho

**DIPSAT** – Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador

**DNSST** – Departamento Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

**DORT** – Distúrbios ósteomuscular Relacionado ao Trabalho

**DOU** – Diário Oficial da União

**DRT** – Delegacia Regional do Trabalho

**EC** – Emenda Constitucional

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**FIONCRUZ** – Fundação Osvaldo Cruz

**FUNDACENTRO** – Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

**GAP** – Guia de autorização de Pagamento

**GEISAT** – Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador

**GSST** – Gestão de Segurança e Saúde do Trabalhador

**GTI/MPS/MS/TEM** – Grupo de Trabalho Interministerial – Ministério da Previdência Social  
- Ministério da Saúde – Ministério do Trabalho e Emprego

**IBAMA** – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente

**IBGE** – Instituto Brasileiro Geográfico de Estatística

**IES** – Instituições de Ensino superior

**INMETRO** – Instituto Nacional de Metrologia e Qualidade Industrial

**INSS** – Instituto Nacional de Seguridade Social

**JIT** – *Just-In-Time*

**MMA** – Ministério do Meio Ambiente.

**MPS** – Ministério da Previdência e Assistência Social.

**MS** – Estado de Mato Grosso do Sul

**MTb** – Ministério do Trabalho

**MTE** – Ministério de Trabalho e Emprego

**NOST** – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

**NBR** – Normas Brasileiras Regulamentadoras

**NR** – Normas Regulamentadoras

**NRR** – Normas Regulamentadoras Rural

**OIT** – Organização Internacional do Trabalho

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PBQP** – Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade

**PCSST** – Processo de Conhecimento em Segurança e Saúde no Trabalho

**PDT** – Processo de Desenvolvimento do Trabalhador

**PEA** – População Economicamente Ativa

**PIAT** – Programa Integrado Assistência ao Acidentado do Trabalho

**PICDT** – Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica

**PM** – Processo de Monitoramento

**PNAD** – Pesquisa Nacional por amostragem em Domicílios

**PNI** – Programa Nacional de Imunizações

**PPA** – Processo de Previdência e assistência Social

**PPMA** – Processo de Preservação do Meio Ambiente

**PSD** - Programa da saúde da Família

**PQSP** – Programa de Qualidade do Serviço Público

**PSgT** – Processo de Segurança no Trabalho

**PSPt** – Processo de Representação Sindical Patronal

**PST** – Processo de Saúde no Trabalho

**PSTr** - Processo de Representação Sindical do Trabalhador

**RNIS** - Rede Nacional de Informação sobre Saúde

**SAD** – Sistema de Apoio a Decisão

**SAS** – Secretaria de Assistência Social

**SAT** – Seguro de Acidentes de Trabalho

**SC** – Santa Catarina

**SEPART** – Serviço Especializado em Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural

**SESMT** – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

**SIA/SUS** – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

**SIAB** – Sistema de Informação de Atenção Básica

**SIG** – Sistema de Informações Gerenciais

**SIH/SUS** – Sistema de Informação Hospitalar do SUS

**SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade

**SIPAT** – Seminário Interno de Prevenção de Acidentes

**SISCOLO** – Sistema de Informação do Câncer da Mulher

**SP** - São Paulo

**SSST** - Sistema Segurança e Saúde do Trabalho.

**SST** – Segurança e Saúde do Trabalho.

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TQC** – *Total Quality Control*

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFMS** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

**VIGISUS** – Vigilância e Saúde no SUS

**VSST** – Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador

Lima, Deise Guadalupe de. *Modelo de alianças estratégicas entre o setor público e a sociedade civil para a gestão da segurança e saúde do trabalhador*. 2005. f. Tese (/doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi apresentar um Modelo de Alianças Estratégicas entre o Setor Público e a Sociedade Civil em Gestão da Segurança e Saúde do Trabalhador - GSST, buscando-se um referencial teórico para sustentar o modelo proposto, capaz de auxiliar na melhora da sua gestão no que diz respeito às ações coordenativas nesta área, para que se tenha um melhor direcionamento de recursos humanos e financeiros, no enfrentamento dos problemas de saúde decorrentes do trabalho. Tomou-se como base os elementos teóricos a partir do referencial das Ciências Sociais, para a compreensão das implicações entre as relações de produção, processo e organização do trabalho e a saúde dos trabalhadores; a análise das informações acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador; a compreensão das variáveis legais e institucionais que compõem as políticas públicas na área e, além de discutir as transformações que vem ocorrendo na organização e gestão em Saúde do Trabalhador, no âmbito nacional, estadual e municipal. A metodologia adotada foi a de estudo de caso; a população estuda foi à apontada pela revisão de literatura que identificou os responsáveis legais pela gestão da segurança e saúde do trabalhador nas esferas federal; estadual, municipal; sindicatos patronais e dos trabalhadores do Estado de MS. Foi utilizado entrevista e questionário semiestruturado, dividido em cinco blocos: 1 – identificação da instituição, missão, objetivos, diretrizes que norteiam as suas ações; 2 – levantamento das ações dos últimos quatro anos referente a GSST; 3 – levantamento do contexto social, político-econômica, da legislação pertinente e, de estatística do setor segurança e saúde do trabalho; 4 – descrição do modelo de tomada de decisão por esta instituição e, 5 – levantamento dos Sistemas de Informação Gerencial – SIG, utilizado pela mesma. Posteriormente, as informações levantadas foram enquadradas no modelo proposto, em 9 processos básicos: 1 – Segurança no Trabalho; 2 – Saúde no Trabalho; 3 – Previdência e Assistência Social; 4 – Preservação do Meio Ambiente; 5 – Representação Sindical do Trabalhador; 6 – Representação Sindical Patronal; 7 – Conhecimento sobre Sistema de Segurança e Saúde do Trabalho; 8 – Desenvolvimento do Trabalhador; 9 – Monitoramento. Como conclusão geral do estudo foi composto um modelo de alianças estratégicas entre os atores envolvidos na GSST, com uma proposta de um SIG para melhor gerir as informações relativas à saúde e segurança do trabalhador, focando no resultado que é a melhora da qualidade no atendimento do trabalhador/cidadão.

**Palavras-chave:** *Saúde do Trabalhador; Gestão da Informação; Políticas Públicas de Saúde e Segurança do Trabalho; Alianças Estratégicas.*



Lima, Deise Guadalupe de. *Model of strategic alliance between the public sector and the civil society in administration of the safety and health of the worker*. 2005. f. Tese (Doctorate in Production Engineering) – Post –Graduation Program in Production Engineering at the Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/Brazil, 2005.

### ABSTRACT

The objective of this research was to present a model of Strategic Alliance between the public sector and the Civil Society in Administration of the Safety and Health of the Worker – GSST, in search of assisting in the improvement of its administration concerning the coordinated actions in this area, for a better aim of human and financial resources, in the struggle against health problems resulting from work. The theoretical elements starting from the referential of the social sciences were taken as basis, for the understanding of the implications among the production relationships, process and organization of work and the workers' health; the analysis of the information concerning the National Labor Health Policies; for the understanding of the legal and institutional variables that compose the public policies in the area and, besides discussing the transformations taking place in the organization and administration for Labor Health, in the national, state and municipal spheres. The methodology adopted was that of case study; the legal responsible for the administration of labor health and safety in the federal spheres; State of Mato Grosso do Sul (MS); municipal: Campo Grande; Employer and Employee Unions of the State of Mato Grosso do Sul. A semi-structured questionnaire was used, divided into five blocks: 1 – identification of institution, mission, objectives, guidelines that guide actions; 2 – appraisal of actions of the last four years regarding GSST; 3 – appraisal of the social, political-economical context, of the pertaining legislation and of statistics of the sector safety and labor health; 4 – description of the decision-making model for this institution and, 5 – appraisal of the Systems of Managerial Information – SIG, it uses. Later, the information gathered was framed in the proposed model, in 9 basic processes: 1 – Safety in the Workplace; 2 – Labor Health; 3 – Welfare and Social Assistance; 4 – Preservation of the Employer; 7 –Knowledge of the System of Safety and Labor Health; 8 – Development of the Worker; 9 – Monitoring. As general conclusion of the study a model of strategic alliances among the actors involved in GSST was composed, with a proposal of a SIG for best management the information relative to the labor health and safety, aimed at the result that is the improvement of the quality in the assistance of the worker/citizen.

**Keywords:** Health of the Worker; Information Management; Public Policies on Health and Labor Safety; Strategic Alliance.

## **1- INTRODUÇÃO**

### **1,1-Formulação da Situação-Problema**

A globalização da economia é um dos temas da atualidade que mais interessam a empresários, políticos e pesquisadores, tanto em relação a aberturas de mercados, onde há a formação dos blocos econômicos; quanto na questão sobre a perda de autonomia política dos Estados Nacionais (FORJAZ, 2000).

Ela também interfere, na questão da Gestão da Segurança e Saúde do Trabalhador – GSST, quando da transferência de novas tecnologias entre as nações, interessando também aos trabalhadores, principalmente em se tratando de novas relações de trabalho e o aparecimento de novas doenças ocupacionais.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2003), cerca de 45% da população mundial e, aproximadamente, 58% da população acima de dez anos de idade faz parte da força de trabalho que sustenta a base econômica e material das sociedades que, por outro lado, são dependentes da sua capacidade de trabalho. Deste modo, a saúde do trabalhador e a saúde ocupacional são pré-requisitos cruciais para a produtividade e, de suma importância, para o desenvolvimento socioeconômico sustentável.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (OPAS, 2003), os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro, são os problemas de saúde ocupacional decorrentes da utilização de novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas biotecnologias, transferência tecnológica perigosa, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrências de novas doenças ocupacionais de várias origens.

Nesta última década, houve o surgimento de discussões em nível mundial, no campo da GSST, tanto no nível acadêmico, quanto sindical. No Brasil, esta discussão também se faz presente na esfera Federal: na reforma da Previdência, no encontro Nacional da Saúde do Trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001); na esfera Estadual, em encontros sobre a área temática, além de cursos de qualificação e, Municipal, quanto ao treinamento na parte de vigilância da saúde do trabalhador, sinalizando, assim, a importância de se analisar as

transformações do mundo do trabalho e suas implicações sobre o bem-estar físico, psíquico e social do trabalhador, bem como o seu contexto político.

CARVALHO (2003) aponta que movimentos mais recentes pela promoção da saúde, denominados *políticas públicas saudáveis*, representam uma inovação conceitual, cuja complexidade e abrangência pode dar suporte a novas modalidades de ação pública e comunitária em saúde, sendo necessário o entendimento numa vinculação conceitual dupla, envolvendo uma nova concepção de saúde e, uma nova concepção de Estado e, suas relações com a sociedade, os grupos e os indivíduos.

Nesta nova concepção de saúde, há a intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade, ou seja, sobre o processo de produção e distribuição das situações de risco à saúde que devem ser enfrentados mediante intervenções que, para além da sua base técnica, devem ser socialmente construídas e legitimadas (CARVALHO, 2003).

A compreensão do adoecer não deve ser vista somente na ótica clínico-médica. Ela deve ser contemplada no contexto social que o trabalhador convive e, analisada de forma mais ampla, levando em consideração as relações sociais e laborais que estão afetando-o. Isto implica na avaliação da sua qualidade de vida na organização empresarial<sup>1</sup>. Além disto, há que também compreender como se dá o atendimento público no setor saúde para este trabalhador, bem como ele está amparado legalmente neste período.

Para as intenções deste estudo, uma questão que parece difícil de ser evitada, diante deste cenário, diz respeito à integração das ações públicas junto ao trabalhador acometido de doença ocupacional: como fazer com que os atores venham somar esforços, em conjunto, eliminando o retrabalho<sup>2</sup> dentro da esfera pública?

A resposta para esta questão deve passar pela identificação dos atores envolvidos neste processo, verificando a sua participação na GSST, além do mais, como aponta CARVALHO (2003), deve-se dentro da nova concepção de políticas pública saudáveis, discutir os fatores de riscos dentro do processo saúde-enfermidade, legitimando, assim, as ações a serem tomadas.

---

<sup>1</sup> Qualidade de Vida na Organização Empresarial é definida neste estudo como as mínimas condições físicas psíquicas e sociais no ambiente de trabalho, onde o trabalhador possa desenvolver o máximo da sua capacidade produtiva (LIMA, 1997).

<sup>2</sup> Refazer o trabalho devido a falta de qualidade.

## 1.2- O Foco da Análise

No estudo sobre a Saúde do Trabalhador, deve-se reconhecer as contribuições das pesquisas produzidas pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que é um referencial nacional sobre a área temática, produzindo pesquisas, traduzidas em livros, tecnologia digital, além de consultorias junto aos órgãos públicos.

A produção teórica sobre a saúde do trabalhador, visa introduzir elementos teóricos básicos para a compreensão das implicações entre as relações de produção, processo e organização do trabalho e a saúde dos trabalhadores, diferenciando-se da saúde ocupacional, que tem uma visão mais restrita, limitando o seu campo de atuação.

TAMBELLINI (2000) afirma que o objeto da Saúde do Trabalhador é o grupo de trabalhadores organizados política e economicamente. Os instrumentos e meios utilizados são empíricos e conceituais; técnica a serviço dos trabalhadores; Saúde Coletiva; Clínica; Epidemiologia; Planejamento; Engenharia, Ciências Sociais e Política. Como resultados temos a atenção em todos os níveis de prevenção e manutenção dos determinantes de saúde na sociedade, sob o controle dos trabalhadores, objetivando a defesa de sua saúde; conhecimento mais integrado da realidade, ainda que permaneça ideologizada.

Em um segundo plano, encontram-se condições de saúde compatível com os avanços técnicos; maiores níveis de consciência sanitária e política; conhecimento compartilhado – plena informação; maior poder dos trabalhadores organizados; atuação democrática dos profissionais (técnica e política) entendidos como trabalhadores e cidadãos e atuação dos trabalhadores no sistema integrado de saúde (TAMBELLINI, 2000).

Desta forma, o foco de análise será centrado no gerenciamento da segurança e saúde do trabalhador.

## 1.3- A Direção do Estudo

Pode-se afirmar que, atualmente, há inúmeras iniciativas de pesquisadores voltadas a análise das implicações das condições de trabalho e seus efeitos sobre a saúde do trabalhador (MERLO, 2005; COSTA & PENA, 2005; BRANT & GOMEZ, 2005, entre outros).

Também, foi encontrado vários estudos sobre *políticas públicas do setor saúde* (MULLER NETO, 1991; ROCHA, 1998; ALMEIDA, 1999; BERLINGUER, 1999; SERRA,

1999; JATENE, 1999; CARVALHO, 2003; entre outros), além de pesquisas na *área de tomada de decisão no setor saúde* (CARVALHO, 1998; CAMPOS & et al, 2003; SOARES & et al, 2003; SOARES, COSTA & COELI, 2003; ZÚNIGA & et al, 1994; entre outros) e sobre *acidentes do trabalho e Previdência e Assistência Social* (ORNÉLAS & VIEIRA, 1999; SCHUBERT, 2001a; SCHUBERT, 2001b; FERNANDEZ, 2002; BARRON, 2002; QUIRÓS, 2002; HORNKOHL, 2002; SCHUBERT, 2002; ECK, 2002; GUGEL, 2002; ÁVILA, 2002; AMPARO, 2002; SANTOS, 2002; SERRANO, 2002, entre outros).

Contudo, não se localizou estudos que discutissem a integração das ações dos atores públicos (Ministérios – Saúde, Trabalho e Emprego; Meio Ambiente e Previdência e Assistência Social; Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde), onde há carência neste momento de ter uma melhor compreensão sobre o assunto.

Este estudo parte do pressuposto de que a integração das ações do Setor Público juntamente com os atores da Sociedade Civil legitima as ações escolhidas, tendendo um melhor direcionamento de recursos humanos e financeiros no enfrentamento dos problemas de saúde decorrentes do trabalho.

Diante deste cenário, é feita a seguinte indagação: *o modelo que hoje se vivencia na questão da GSST está suficientemente estruturado de forma a dar conta às questões que cercam a promoção da segurança e saúde do trabalhador?*

Há o entendimento que, para responder a esta questão há a necessidade de se desenvolver uma metodologia que acesse, a partir de cada ator envolvido, as variáveis que o levam a chegar a sua “tomada de decisão”. A questão normalmente é definir por qual estratégia que se irá iniciar. Há as questões legais que “amarram”, teoricamente as justificativas apresentadas por alguns atores, mas, clarear os caminhos que levam estes atores à “tais decisões”, auxilia na organização e sistematização do conhecimento, no sentido de avançar as condições teóricas e metodológicas, além de disponibilizar aos profissionais envolvidos no assunto, informações atualizadas que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador.

## **1.4- Objetivos**

*1.4.1- Geral:* O objetivo geral deste estudo é o de compor um modelo de Alianças Estratégicas entre os diversos atores responsáveis pela gestão da segurança e saúde do trabalhador.

#### 1.4.2- Específicos

O atendimento deste objetivo serão desenvolvidos os seguintes objetivos específicos:

- a)- Analisar os elementos teóricos básicos, a partir do referencial das Ciências Sociais, para a compreensão das implicações entre as relações de produção, processo e organização do trabalho na era da globalização;
- b)- Sistematizar e analisar as informações acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador visando à compreensão das variáveis legais e institucionais que compõem as políticas públicas na área;
- d)- Levantar a utilização de tecnologias da informação no setor saúde;
- e)- Verificar junto à literatura elementos da administração e as diferenças com a administração pública e o conceito de modelo de gestão
- f)-; Verificar junto à literatura modelos de gestão em SST;
- g)- Verificar o contexto atual na organização e gestão em Segurança e Saúde do Trabalhador, no âmbito nacional, estadual e municipal, bem como são efetuadas as tomadas de decisões;
- h)- Subsidiar a formação de um Sistema de Informação Gerencial em SST.

### 1.5- JUSTIFICATIVA

A GSST apresenta, atualmente, sérios problemas determinados tanto pela nova ordem econômica mundial, em decorrência das novas doenças ocupacionais (*stress*, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT, contaminação por herbicidas, entre outros) quanto pelo aumento do trabalho informal e pela dificuldade de se concretizar as ações propostas pelo Governo Federal, no que diz respeito à saúde e segurança do trabalhador.

Os dados estatísticos sobre o Brasil apresentados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), apontam que a **população maior de quinze anos** é de 110.722.700 pessoas, refletindo o potencial de trabalho que o país tem. A **força de trabalho** é de 74.062.990 pessoas; o **Índice de Participação na População Economicamente Ativa (PEA)** é 66,9%, demonstrando que 33,1% da força de trabalho está excluída da economia brasileira (citado por ARIAS, 2002).

O autor apontou também que, a relação emprego-população é 54,8%, ratificando os dados anteriores; o **emprego no setor informal urbano** é de 37,7%, onde estes trabalhadores

não possuem cobertura da Previdência Social, não tendo direito a uma aposentadoria, fundo de garantia, auxílio-doença enfim, esta população não tem acesso aos benefícios previstos em lei e, a **cobertura da Seguridade Social** é de 28,0% reforçando a informação anterior.

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1998), diz nos incisos I à VII do Art.194 que:

*“A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar direitos relativos, à previdência e assistência social.*

*Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:*

*I - Universalidade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;*

*II - Uniformidade equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;*

*III - Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;*

*IV - Irredutibilidade do valor dos benefícios;*

*V - Equidade na forma de participação do custeio;*

*VI - Diversidade da base de financiamento;*

*VII - Caráter democrático e descentralização da gestão administrativa, com participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados”.*

E, no Art.196

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.*

Estes dois artigos refletem a democracia brasileira. Contudo, quando defrontados com as estatísticas anteriormente apresentadas, vem a confirmar quão distante a sociedade brasileira está para a concretização desta democracia além de se ter um grande problema de exclusão social.

Outro problema enfrentado reside no levantamento, processamento e análise das informações para o entendimento das necessidades locais sobre a saúde do trabalhador no Brasil. Estes são morosos, envolvendo técnicos de diferentes áreas e instituições, onde pode haver comprometimento do resultado final, já que as informações são desconstruídas e nem sempre os objetivos são congruentes.

Entender estas dificuldades, avaliar as ações que estão sendo executadas e verificar sua efetividade e eficiência, poder-se-á chegar a um modelo e, desenvolver um referencial

teórico para um sistema de informações gerenciais (SIG) para que venha a auxiliar pesquisadores e gestores na área da Saúde e Segurança do Trabalhador, facilitando tomadas de decisões e ações coordenativas nesta área.

## **1.6- Referencial Teórico**

É importante explicitar o referencial teórico que deu fundamento a esse trabalho, pois ele possibilitará ampliar a percepção, ou seja, a “ótica” através da qual foi elaborado o modelo de GSST. O referencial teórico está intimamente ligado ao procedimento metodológico.

Foi adotada o conceito e formas de Alianças Estratégicas (LEWIS, 1992 e LORANGE & ROOS, 1996) para a explicação da realidade observada na construção do modelo. É relatado, a seguir, o que diz cada teoria.

### **Conceito e Formas de Alianças Estratégicas**

Segundo LEWIS (1992), alianças estratégicas constituem na cooperação entre empresas em torno de suas necessidades mútuas, onde há a disposição entre elas em correrem riscos para alcançar objetivos comuns.

LORANGE & ROOS (1996) definem aliança estratégica como instrumento utilizado pelas grandes empresas para proporcionar aos parceiros maior probabilidade de sucesso diante dos desafios e oportunidades do mercado competitivo em que estão inseridas. A abordagem que se faz presente é mais cooperativa do que competitiva para as empresas que querem ser bem sucedidas nacionalmente e internacionalmente, pois as empresas devem combinar esforços para adquirir ou manter vantagens competitivas em quatro áreas: fornecedores, consumidores, novas tecnologias e novos concorrentes/retirantes do mercado.

NICÁCIO (1997) aponta que as empresas estruturam as alianças estratégicas como forma de obter um meio de distribuição e de prevenção contra concorrentes; ganhar acesso à nova tecnologia e diversificação em novos negócios; obter economia de escala e atingir integração vertical e, superar barreiras alfandegárias ou legais.

Quando uma empresa ou uma organização busca uma aliança com um parceiro externo, entende-se que ela já tenha respostas sobre algumas questões tais como: *que motivos a levaram a buscar alianças? Que vantagens competitivas a tornam mais atrativa e que parceiros poderiam ser adequados?*



São vários os motivos que levam uma organização a buscar parceiros. Contudo, há os que afirmam que a escolha de aliados decorre da deficiência de recursos de ambos os lados, evidenciando um comportamento de defesa diante da ameaça externa de um inimigo comum (CHILD & FAULKER, 1998).

LEWIS (1992) aponta quatro motivos para haver a estruturação em alianças estratégicas:

1. Crescente abertura de mercado devido às pressões exercidas pelos países desenvolvidos sobre os países em desenvolvimento;
2. Rápido desenvolvimento tecnológico que leva os mais curtos ciclos de vida dos produtos, exigindo resposta considerável à nova demanda;
3. Maior demanda por serviços e produtos semi-elaborados que facilitam a vida dos consumidores;
4. Surgimento de muitos novos concorrentes em negócios mais tradicionais devido à globalização do capital e das informações combinadas com as forças das grandes corporações internacionais.

FAULKNER (1995) coloca que as vantagens que uma organização busca com a aliança variam com o setor, mas, geralmente as organizações cujo negócio centraliza-se em torno de inovações tecnológicas estabelecem alianças com o objetivo de compartilhar os custos da pesquisa e desenvolvimento,

Uma vez que os pretendentes conhecem as vantagens competitivas mútuas, outras condições passam a serem importantes como, por exemplo, como o grau em que o parceiro em potencial pode ser substituído por outros, o grau de confiança existente entre eles, a integração entre competências e deficiências das organizações, de modo que as desvantagens por parte de uma organização sejam corrigidas pela outra. A sinergia é obtida quando os parceiros em potencial combinam tanto do ponto de vista estratégico, quanto do cultural, complementam CHILD & FAULKNER (1998).

### **1.7- Definição de Termos**

**ALIANÇAS ESTRATÉGICAS:** instrumento utilizado pelas grandes empresas para proporcionar aos parceiros maior probabilidade de sucesso diante dos desafios e oportunidades do mercado competitivo em que estão inseridas. A abordagem que se faz

presente é mais cooperativa do que competitiva para as empresas que querem ser bem sucedidas nacionalmente e internacionalmente, pois as empresas devem combinar esforços para adquirir ou manter vantagens competitivas em quatro áreas: fornecedores, consumidores, novas tecnologias e novos concorrentes/retirantes do mercado (LORANGE & ROOS, 1996).

**SAÚDE DO TRABALHADOR:** constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes no ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores: diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

**SAÚDE OCUPACIONAL:** serviço médico instalado em um estabelecimento de trabalho, ou em suas proximidades, com objetivos de promoção e manutenção do bem estar físico, mental e social dos trabalhadores; a prevenção dos trabalhadores dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação, conservação e manutenção dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados às suas aptidões fisiológicas e psicológicas (Organização Internacional do Trabalho – OIT, citado por VIEIRA, 1994).

**SEGURANÇA DO TRABALHO:** é um conjunto de atividades de reconhecimento, avaliação e controle dos riscos a acidentes de trabalho e à saúde do trabalhador, na prevenção de doenças ocupacionais (PACHECO Jr., 1995).

**SOCIEDADE CIVIL:** de acordo com Karl Marx, sociedade civil é um mundo capitalista fragmentado, organizado em torno do individualismo e da competição materialista de todos contra todos. O Estado Moderno tornou-se necessário para regular e controlar o conflito e o sofrimento resultantes (JOHNSON, 1997).

**TRABALHADOR:** é todo homem ou mulher que exerce atividades para o sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia, estando incluídos nesse grupo indivíduos que trabalham ou trabalharam como: empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores de micro e pequenas empresas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

## **1.8- Resultados Esperados**

Possibilitar a obtenção de subsídios para a elaboração de um modelo de GSST a nível nacional, propor elementos para o desenvolvimento de referencial teórico para um SIG em GSST e, iniciar uma discussão com maior participação sobre o assunto entre a sociedade civil e o setor público.

## **1.9- Organização do Estudo**

Este estudo está organizado em seis capítulos. O primeiro capítulo visou colocar a questão da Gestão da Saúde do Trabalhador em foco, mostrando a necessidade de se discuti-la na visão das Ciências Sociais, vendo os relacionamentos entre os atores sociais em questão, definindo, assim, este trabalho.

O capítulo 2 tratou sobre os conceitos de administração, administração pública, modelos de gestão e modelos de GSST.

O capítulo 3 apresentou informações relativas ao método de pesquisa, descrevendo-se como será realizado o estudo teórico para a sustentação da análise crítica, bem como a descrição das principais tarefas do desenvolvimento do sistema de informação para análise e apoio à tomada de decisão na gestão da saúde do trabalhador.

No capítulo 4 abordou o contexto atual na organização e gestão em Saúde do Trabalhador, no âmbito nacional, estadual e municipal, bem como é efetuada a tomada de decisões.

No capítulo 5 apresentou a composição de um modelo de Alianças Estratégicas entre os diversos atores responsáveis pela gestão da segurança e saúde do trabalhador.

No capítulo 6 foi apresentada a conclusão deste estudo.

Por fim, as referências bibliográficas e os anexos são colocados.

## **2- ADMINISTRAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA e MODELOS DE GESTÃO**

### ***2.1- Considerações Iniciais***

O desenvolvimento de uma organização é o resultado do processo de aplicação sistemática de um conjunto de conhecimentos, cujo objetivo é a mudança de um estado inicial para um estado consecutivo planejado. A evolução assume um significado mais amplo onde há um processo espontâneo de mudanças não planejadas ou um resultado não planejado de mudanças planejadas (PEREIRA & SANTOS, 2001).

Quando há a percepção da organização como um sistema, qualquer mudança dos subsistemas poderá acarretar num desencadeamento de mudanças em outros elementos do sistema anterior, podendo acontecer em vários níveis e intensidade, desde mudanças sutis até radicais.

Contudo, somente mudanças cuja intensidade permita a sua identificação poderão caracterizar os estados consecutivos pelos quais o sistema organizacional evolui, permitindo a utilização de indicadores para atestar tal evolução (PEREIRA & SANTOS, 2001).

Argumenta-se que as mudanças organizacionais, planejadas formalmente ou não, resultam no modelo de gestão praticado em uma organização e que, as organizações que se mantêm competitivas no mercado, mudam seu modelo de gestão para atender às diversas demandas que as desafiam, assumindo-se, como pressuposto, que as mudanças na prática de gestão de uma organização equivalem a mudanças no modelo de gestão e, vice-versa (PEREIRA & SANTOS, 2001).

Quando se indaga “qual é a finalidade do Estado”, não está se propondo o seu fim mas a sua reestruturação e a redefinição do seu papel, permitindo dotar a regiões com maior autonomia econômica para conseguir crescer dentro de uma economia global que, segundo os autores, caberia ao governo prover valores que só um governo central consegue fornecer: segurança, moeda estável, infra-estrutura, entre outros.

Muito se tem mudado diante do novo cenário econômico, deixando confuso a atuação do Estado. Contudo, a sua finalidade primária ainda é a de promover o desenvolvimento, a segurança e o bem-estar da população pela qual é responsável, em harmonia com a comunidade internacional.

Para atender as novas exigências, há a necessidade de se mudar o modelo de gestão o qual se tem sido adotado. Contudo, o que é um modelo de gestão? Quais são as abordagens da Teoria Geral da Administração e, quais diferenças entre administração e administração pública?

Este capítulo tem como objetivo trazer os conceitos de administração, modelo de gestão e administração pública para que se possa entender a dinâmica das ações governamentais em segurança e saúde do trabalhador.

## ***2.2. Administração e Modelo de Gestão***

CHIAVENATO (1987) afirma que as empresas constituem uma das mais complexas e multifacetadas invenções do homem, onde, sua complexidade e diversidade emergem na medida em que se as visualizam, de um modo global e abrangente, tanto do ponto de vista endógeno de suas características internas, como do ponto de vista exógeno de seu contexto ambiental.

Como conceito, a palavra administração tem sua origem no latim, significando subordinação ou obediência, ou seja, aquele que realiza uma função abaixo do comando de outrem e, seu significado original implica subordinação e serviço, continua o autor.

Sua tarefa é interpretar os objetivos propostos pela empresa e transformá-los em ação empresarial através de planejamento, organização, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da empresa para o atendimento dos objetivos.

O autor aponta o desenvolvimento da Teoria da Administração em decorrência da Teoria das Organizações, afirmando que enquanto a Teoria das Organizações trata do estudo e análise das organizações humanas, a Teoria da Administração trata do estudo da administração das organizações em geral e das empresas em particular.

O resumo da evolução da Teoria Administrativa pode ser mais bem visualizado pelo quadro 1.

**Quadro 1 - Evolução da Teoria da Administração.**

<b>Ênfase</b>	<b>Teorias Administrativas</b>	<b>Principais Enfoques</b>
<b>Tarefas</b>	<i>Administração Científica</i>	Racionalização do trabalho no nível operacional.
<b>Estrutura</b>	<i>Teoria Clássica</i>	Organização formal.
	<i>Teoria Neoclássica</i>	Princípios gerais da administração. Funções do administrador.
	<i>Teoria da Burocracia</i>	Organização formal burocrática. Racionalidade organizacional.
	<i>Teoria Estruturalista</i>	Múltipla abordagem: organização formal e informal; análise intra-organizacional e análise interorganizacional.
<b>Pessoas</b>	<i>Teoria das Relações Humanas</i>	Organização informal. Motivação, liderança, comunicações e dinâmica de grupo.
	<i>Teoria do Comportamento Organizacional</i>	Estilos de administração. Teoria das decisões. Integração dos objetivos organizacionais de sistema aberto.
	<i>Teoria do Desenvolvimento Organizacional</i>	Análise intra-organizacional planejada. Abordagem de sistema aberto.
<b>Ambiente</b>	<i>Teoria Estruturalista</i>	Análise intra-organizacional e análise ambiental.
	<i>Teoria Neo-estruturalista</i>	Abordagem de sistema aberto
	<i>Teoria da Contingência</i>	Análise ambiental. (imperativo Ambiental) abordagem de sistema aberto.
<b>Tecnologia</b>	<i>Teoria da Contingência</i>	Administração da tecnologia. (Imperativo tecnológico)

Fonte: CHIAVENATO (1983).

Tais abordagens possuem limitações, não devendo ser consideradas como descrições exatas da realidade, por isso, à medida que a teoria vai evoluindo, idéias posteriores não

substituem necessariamente idéias iniciais, sendo que uma abordagem não torna necessariamente as anteriores obsoletas, onde cada escola tendeu a assentar-se nas anteriores (STONER, 1985).

Contudo, a difusão das abordagens não parece se dar de forma homogênea nas organizações, visto que nem sempre se trata de uma abordagem completa e que normalmente deve ser adaptada às peculiaridades de cada organização para a implementação.

Mesmo as abordagens mais modernas da teoria geral da administração que não são apontadas no quadro 1, foram desenvolvidas com a ênfase em determinado aspecto da realidade organizacional, como, por exemplo, administração estratégica, participativa, empreendedora e holística, tratadas a seguir.

A **administração estratégica** consiste em uma evolução do planejamento estratégico que considera a variabilidade de todos os elementos envolvidos no processo e tem por objetivo o desenvolvimento dos valores da corporação, sua capacitação gerencial, suas responsabilidades como organização dentro da sociedade e seus sistemas administrativos (ANSOFF, DECLERCK & HAYES, 1981). Esta tem uma abordagem focalizada na definição dos resultados e na escolha da estratégia para atingi-los por meio da implementação de ações sistemáticas de planejamento empresarial desdobradas (níveis estratégicos, tático e operacional).

A **administração participativa** foca nas pessoas, visando atender diversos objetivos genéricos, conforme aponta MENDONÇA (1987):

- Responsabilidades sociais da empresa;
- Equilíbrio dos interesses dos vários atores envolvidos;
- Cultura democrática;
- Redução da alienação;
- Utilização de todo potencial das pessoas;
- Diminuição de conflitos por meio da cooperação;
- Satisfação das pessoas;
- Maior competitividade.

A **administração empreendedora** concentra-se também nas pessoas, focalizando a sua capacidade de empreender. É o reconhecimento do valor dessa capacidade que leva à busca do conhecimento sobre o comportamento e as práticas do empreendedor. No nível macroeconômico, trata-se da destruição criativa, da capacidade de realizar novas combinações

de fatores produtivos. É o empreendedor construindo empresas, criando empregos, inovando, contribuindo para o desenvolvimento tecnológico e a autonomia de uma nação. No nível organizacional, é a ação do empreendedor na construção de um negócio (FARREL, 1993).

A *administração holística* é uma aplicação do holismo à gestão das organizações. Dentro desta concepção, a evolução do universo nada mais é do que o desenvolvimento gradual e a estratificação progressiva de séries de conjuntos que se estendem a partir de começos inorgânicos até os níveis mais elevados de criação espiritual (Weil, citado por BRANDÃO & CREMA, 1991), implicando no abandono da idéia de que a matéria, vida e mente, encontram-se completamente separadas e, portanto, restabelecendo a verdade da indissolúvel continuidade entre esses três domínios (CAPRA, 1982).

A administração holística é a contrapartida, na área da administração, das alterações que estão ocorrendo na esteira do desenvolvimento tecnológico desta nova era (RIBEIRO, 1989), em que passam a ser mais valorizadas as coisas intangíveis. A organização holística passa a assumir a característica de ser um fenômeno intelectual, independente de tempo, espaço e massa; em que o centro e a periferia se deslocam; as funções de produção e gestão se integram; a empresa passa a ser um conjunto articulado de subsistemas interdependentes que se ajustam em tempo real, utilizando-se vários caminhos possíveis de comunicação, ressalta o autor.

PEREIRA & SANTOS (2001) concluem que é inadequado caracterizar determinada abordagem como um modelo de gestão, pressupondo que o ato de gerir deva contemplar todos os aspectos da administração da realidade focalizada.

Em se tratando de *modelo de gestão*, deve-se entender, primeiramente, o que é “modelo”.

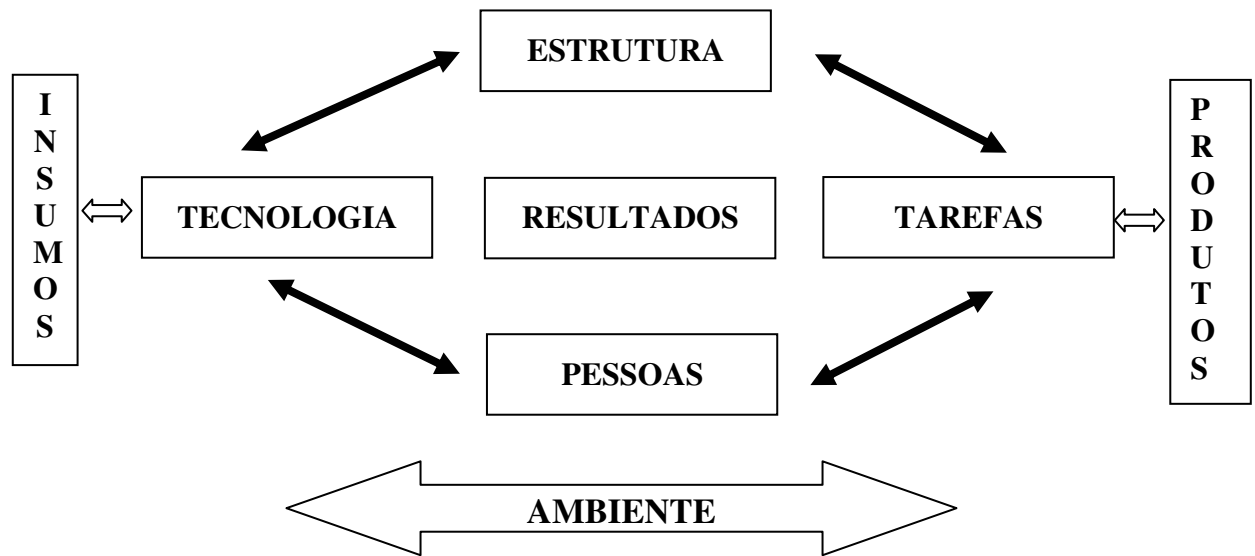
ROBBINS (1978) define modelo como uma representação simplificada de algum fenômeno do mundo real, podendo substituir a complexidade deste mundo, pela simplicidade.

Para PEREIRA & SANTOS (2001), os modelos podem ser classificados de várias formas, podendo ser estáticos ou dinâmicos; determinísticos ou probabilísticos, que levem em consideração a incerteza das condições.

A caracterização de uma organização em seus elementos básicos varia de autor para outro. Pode, também, mudar um pouco a terminologia, geralmente em função do enfoque que o autor pretende tratar.



PEREIRA & SANTOS (2001) apresentam uma primeira aproximação esquemática do que seja a realidade organizacional para uma proposta conceitual de modelo de gestão, considerando os elementos básicos a tarefa, a estrutura, a tecnologia e o pessoal que se interagem entre si e com o ambiente externo (figura 1).



**Figura 1 - Caracterização da Organização em Componentes Básicos.**

**Fonte: PEREIRA & SANTOS (2001).**

Uma vez posto os elementos básicos, tem que se desdobrá-los em aspectos funcionais da realidade focalizada que, considerando que as várias abordagens integrantes da teoria geral da administração, cada uma delas identifica princípios ou técnicas, ou formula explicações sobre os quais se suportarão as funções administrativas (MINER, 1973). Estas funções referem às áreas de atividade de gerenciamento. Contrastando com os demais elementos (princípios, técnicas e explicações) as funções administrativas não especificam como os gerentes devam executar essas atividades.

Uma segunda aproximação proposta por PEREIRA & SANTOS (2001), agrega ao modelo anterior o conceito de estratégia, já que é inútil a reunião de pessoas aparelhadas para realizar as tarefas e organizadas segundo determinada estrutura caso o conjunto das ações empreendidas não esteja articulado para a consecução de resultados, tangíveis e intangíveis, planejados previamente.

Deste modo, surge a necessidade de se desdobrar o modelo, agregando a estratégia, que pode ser definida, segundo Chandler (citado por PEREIRA & SANTOS, p. 41, 2001), como *“a determinação dos objetivos básicos ao longo prazo e do negócio, e a adoção de ação e de alocação dos recursos necessários para concretizar esses objetivos”*

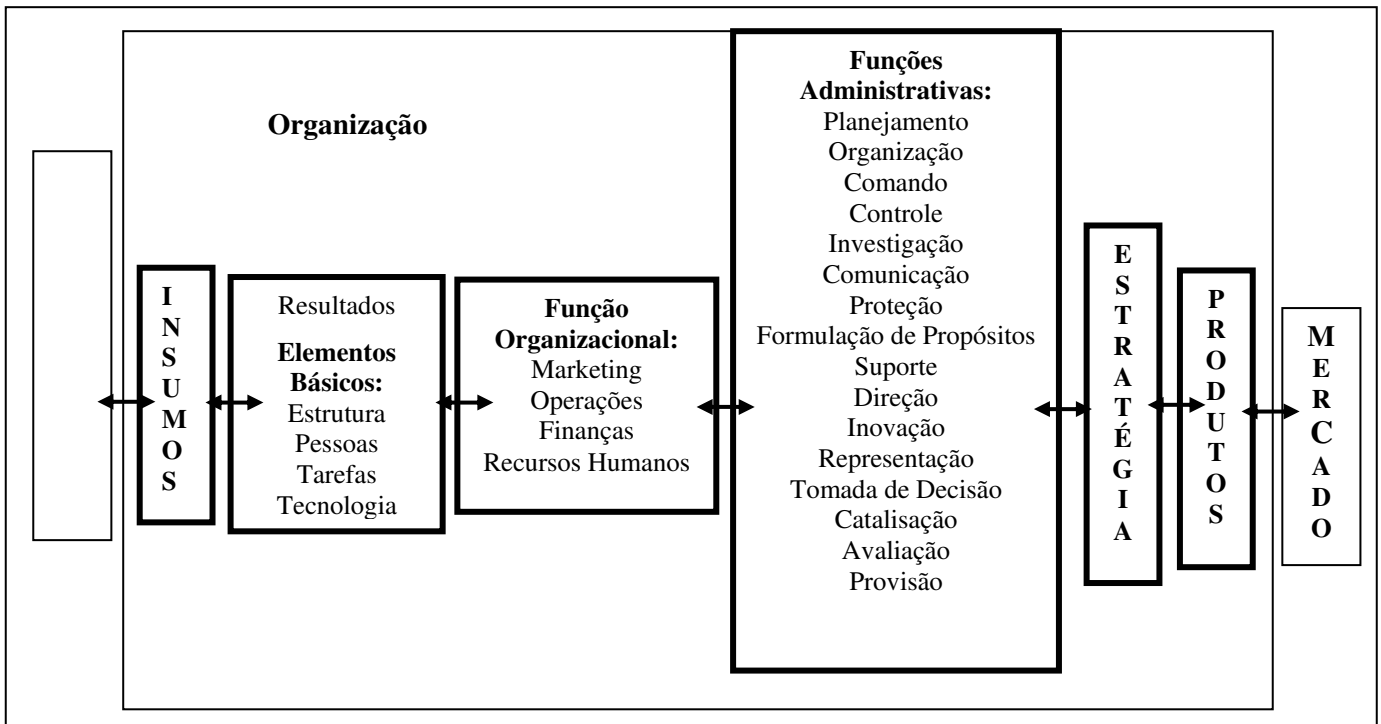
Chandler (citado por PEREIRA & SANTOS, 2001) considera que mudanças na estratégia parecem ocorrer como resposta às oportunidades e necessidades criadas pelas alterações populacionais, renda nacional e inovação tecnológica. Deste modo, a organização desenvolverá sua estratégia em função das demandas, podendo mudar de estratégia tanto quanto as demandas o exigirem, o que deverá resultar na mudança dos elementos básicos que caracterizam uma organização e que devem ser condicionados pela estratégia da organização: tarefas, tecnologia, pessoas e estrutura.

PEREIRA & SANTOS (2001) concluem que a estratégia condiciona os elementos básicos da organização e as inter-relações entre eles, visando a realização de resultados e constituindo-se um dos elementos que devem integrar o modelo representativo de uma organização.

Sendo assim, continuam os autores, cada um dos elementos básicos apontados pode ser desdobrado no conjunto das funções organizacionais e, cada função organizacional pode ser desdobrada nas funções administrativas e, todas as funções administrativas são aplicáveis a qualquer das funções organizacionais e estas são aplicáveis a qualquer elemento básico.

Aplicando estes conceitos ao anterior apresentado, os autores chegam a uma segunda aproximação do modelo representativo de uma organização (figura 2).

PEREIRA & SANTOS (2001), consideram que o conjunto das funções administrativas inclui as principais atividades do gerente, no sentido de lidar com os elementos básicos que compõem qualquer organização e suas interações. Embora esta abordagem funcional esteja sujeita a crítica, ela fornece uma estrutura para a caracterização do modelo representativo de uma organização.



**Figura 2 - Caracterização da Organização em Componentes Funcionais.**

Fonte: Adaptado de Miner (PEREIRA & SANTOS, p. 43, 2001).

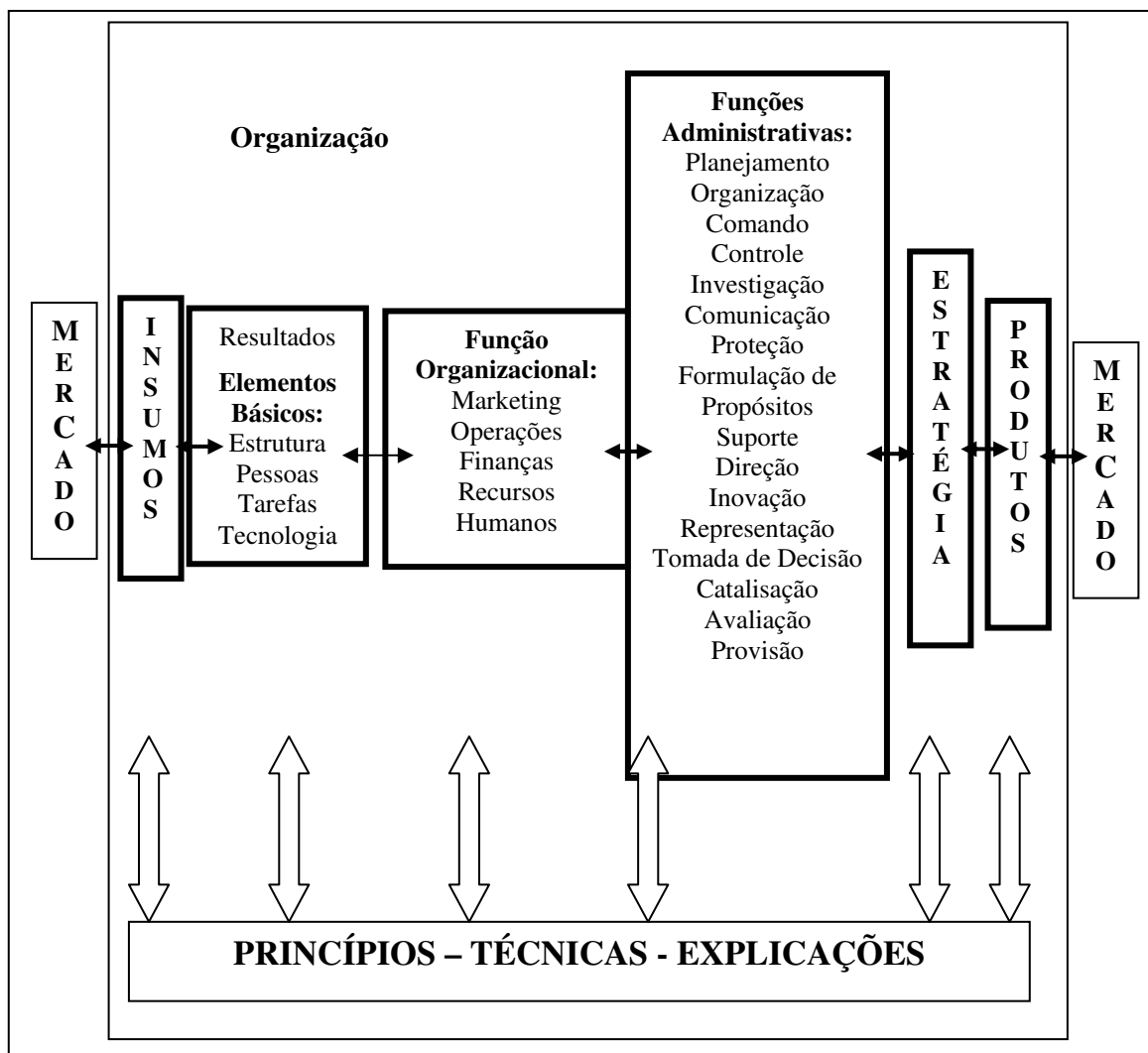
A lógica subjacente do modelo proposto na figura 2 é que a mudança na organização ficará caracterizada pela mudança na concepção ou pela mudança na forma de execução em qualquer um dos aspectos constituintes da organização. Segundo a teoria que se refere ao desenvolvimento organizacional, se uma organização muda, devem mudar seus componentes e as interações entre eles. Considerando-se que uma organização se mantém caracterizada pelos mesmos elementos, infere-se que a mudança deverá ocorrer na concepção e no funcionamento desses aspectos constituintes da organização (PEREIRA & SANTOS, 2001).

Os autores colocam em uma última análise que agregando ao esquema exatamente os elementos que se encontram atrelados ao como fazer, sendo que estes elementos são os princípios, as técnicas e as explicações. Mudam-se os princípios ou as técnicas e a organização terá mudado, pois mudou a orientação da concepção e do funcionamento ou mudou a forma de execução dos elementos constituintes da organização.

Nesta análise, considera-se que as explicações consistem no arcabouço de conhecimento que suporta o desenvolvimento de técnicas e a formulação de princípios, podendo-se acrescentar este conceito (como fazer) ao modelo proposto na figura 3, formando um novo modelo mais abrangente que procura caracterizar uma organização qualquer (PEREIRA & SANTOS, 2001).

A figura 3 aponta o modelo mais representativo e abrangente proposto pelos autores, apontando componentes característicos de qualquer organização e, considerando que não há duas organizações iguais, a mudança na organização ficará caracterizada pela mudança de concepção em qualquer um de seus elementos básicos ou pela mudança na execução de uma de suas funções ou ainda pela mudança da sua estratégia, sendo que em qualquer um dos aspectos evidenciados, a mudança tende a se refletir em mudanças nos demais.

A partir das argumentações observadas ao longo deste item, os autores conceituam modelo de gestão como “Corpo de conhecimento, compreendido como o conjunto de princípios, técnicas e explicações, que orientam a concepção e o modo de funcionamento de todos os elementos constituintes de uma organização” (p. 47).



**Figura 3 - Caracterização Abrangente da Organização.**

Fonte: PEREIRA & SANTOS (p. 46, 2001).

Uma vez posto os conceitos sobre administração e de modelo de gestão, passa-se a abordar a administração pública, tratando do seu conceito, diferenciação entre administração e

administração pública e, o conceito de gestão que o atual governo está implementando na esfera federal.

### ***2.3. Administração Pública e a Gestão pela Qualidade***

Partindo-se de uma perspectiva histórica, verificou-se que a administração pública, tem princípios e características que não devem ser confundidos com a administração das empresas privadas, diferenças estas que podem ser mais bem visualizadas pelo quadro 2 (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

**Quadro 2- Diferenças existentes entre os setores Público e Privado**

<b>Setor Privado</b>	<b>Setor Público</b>
A finalidade principal das atividades de caráter privado é o lucro que lhe dá capacidade de sobrevivência em um ambiente de alta competitividade.	A principal finalidade das atividades públicas é prestar serviços à sociedade.
A preocupação em satisfazer o cliente no setor privado é baseada no interesse.	No setor público essa preocupação tem que ser alicerçada no dever.
Cliente atendido, no setor privado, remunera diretamente a organização, pagando pelo serviço ou pelo produto adquirido.	O cliente atendido, paga indiretamente, pela via do imposto, sem qualquer simetria entre a quantidade e a qualidade do serviço recebido e o valor do tributo que recolhe.
As políticas voltadas para a qualidade no setor privado referem-se a metas de competitividade no sentido da obtenção, manutenção e expansão de mercado.	No setor público, a meta é a busca da excelência no atendimento a todos os cidadãos, ao menor custo possível.
As diferentes contingências a que estão submetidos os dois setores, como, por exemplo, limites de autonomia estabelecidos pela legislação e o perfil da clientela.	

**Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, (2003).**

Sua história evoluiu por intermédio de três modelos básicos: Administração Pública Patrimonialista, Administração Pública Burocrática e, Administração Pública Gerencial, de acordo com Programa de Qualidade do Serviço Público (PQSP) (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

Estas três formas se sucedem no tempo, sem que, no entanto, qualquer uma delas seja inteiramente abandonada.

No Patrimonialismo, o aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano e, os seus auxiliares, servidores, possuem status de nobreza real. Cargos são considerados prebendas. A “res publica” não é diferenciada da “res principis”. Em consequência, a corrupção e o nepotismo são inerentes a este tipo de administração. No momento em que o capitalismo e a democracia se tornam dominantes, o mercado e a sociedade civil passam a se distinguir do Estado. Neste novo momento histórico, a administração patrimonialista torna-se excrescência inaceitável (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

A Administração Pública Burocrática surge na segunda metade do século XIX, na época do estado liberal, como forma de combater a corrupção e o nepotismo. Constituem princípios orientadores do seu desenvolvimento a profissionalização e a idéia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional legal. Os controles administrativos visando evitar a corrupção e os nepotismos são sempre *a priori*. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas. Por isso, são sempre necessários controles rígidos dos processos (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

Por outro lado, o controle transforma-se na própria razão de ser dos funcionários. Por conseguinte, o Estado volta-se para si mesmo, perdendo a noção de sua missão básica que é servir a sociedade. A qualidade fundamental da administração pública burocrática é a efetividade no controle dos abusos; seu defeito, a ineficiência, a auto-referência, a incapacidade de voltar-se para o serviço aos cidadãos vistos como clientes. Esse defeito não se revelou determinante na época do surgimento da administração pública burocrática porque os serviços do Estado eram reduzidos. Ele se limitava a manter a ordem e administrar a justiça, a garantir os contratos e a propriedade (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

A Administração Pública Gerencial emerge na segunda metade do século XX como resposta, de um lado à expansão das funções econômicas e sociais do Estado e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e a globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior. A eficiência da Administração Pública, a necessidade de se reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário, torna-se, então, essencial (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

A Administração Pública Gerencial se apóia na burocrática e da qual conserva, flexibilizando, alguns dos seus princípios fundamentais como admissões, seguindo rígidos critérios de mérito, a existência de um sistema estruturado e universal de desempenho e o treinamento sistemático. A diferença fundamental está na forma de controle que deixa de basear-se nos processos para concentrar-se nos resultados (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

Definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir garantia na autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados a disposição e controle ou cobrança a posteriori dos resultados, são estratégias deste modelo de gestão. No plano da estrutura organizacional, a descentralização e a redução dos níveis hierárquicos, tornam-se essenciais (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

A Administração Pública Gerencial vê o cidadão como contribuinte de impostos e como cliente dos seus serviços. Os resultados da ação do Estado são avaliados pelo critério de atendimento das necessidades dos cidadãos-cliente e não porque os processos administrativos estão sob o seu controle segundo e, seguros como na administração burocrática (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

O paradigma gerencial contemporâneo fundamentado nos princípios da confiança e da descentralização da decisão exige formas flexíveis de gestão horizontalizadas de estruturas, descentralizadas de funções, incentivos à criatividade (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

Em síntese, o modelo gerencial tornou-se realidade no mundo desenvolvido quando por intermédio da definição clara de objetivos para cada unidade de administração, da descentralização, da mudança de estruturas organizacionais e da adoção de valores e de comportamentos modernos no interior do estado, se revelou mais capaz de promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais oferecidos pelo setor público (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

### ***2.3.1. Modelo de Gestão Pública***

O modelo apresentado a seguir é o descrito pelo PQSP (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003), adotado pelo Governo Federal atual.

O Ministério do Planejamento instituiu o Programa de Qualidade no Serviço Público que visa à adoção da qualidade como instrumento de modernização da administração pública brasileira que deverá levar em conta simultaneamente a sua dimensão formal – que se refere à competência para produzir e aplicar métodos, técnicas e ferramentas; e a sua dimensão política – que se refere à competência para projetar e realizar organizações públicas que atendam às necessidades dos cidadãos.

A gestão pela Qualidade instrumentalizará o alcance da dimensão política em sua expressão mais ampla: **a cidadania**, segundo o Ministério do Planejamento (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003).

Para PQSP (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2003), é imperativo que a adoção da filosofia, das metodologias e das ferramentas da gestão pela qualidade como instrumento de transformação gerencial da Administração Pública Brasileira leve em consideração as especificidades decorrentes da natureza da atividade pública, que desaconselha a mera reprodução dos conceitos e princípios da qualidade aplicada ao setor privado.

Segundo este Ministério, o fator de coerência do Programa está na decisão estratégica de orientar todas as ações tendo como foco o cidadão enquanto destinatário dos serviços públicos da ação do Estado.

Atualmente, os Programas de Qualidade no Serviço Público e Programa de Desburocratização, foram substituídos pelo Programa denominado GESPÚBLICA.

### **O Programa GESPÚBLICA**

Dentro da visão do Programa, tem-se que levar em consideração as especificidades decorrentes da natureza da atividade pública, que desaconselha a mera reprodução dos conceitos e princípios da Qualidade aplicada ao setor público, conforme apontado pelo quadro 2. O GESPÚBLICA tem como objetivo contribuir para a melhoria dos serviços públicos prestados aos cidadãos e para o aumento da competitividade do país (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2005).

#### **Objetivos Específicos do Programa:**

- Eliminar o *déficit* institucional visando ao atendimento das competências constitucionais do Poder Executivo.



- Promover a Governança, aumentando a capacidade de formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas;
- Promover a eficiência e assegurar a eficácia e efetividade da ação governamental;
- Promover a gestão democrática, participativa, transparente e ética.

**Objetivos Gerenciais do Programa:**

- Promover a adesão das organizações públicas brasileiras ao Programa da Qualidade no Serviço Público.
- Apoiar e avaliar as ações que visem ao aprimoramento e à melhoria da qualidade dos serviços pelas organizações públicas ao cidadão e à sociedade.
- Promover a participação dos cidadãos no processo de definição, implementação e avaliação da ação pública.
- Avaliar os resultados e níveis de satisfação dos usuários dos serviços públicos.
- Sensibilizar os servidores para a participação no esforço de melhoria da qualidade pela gestão pública e dos serviços prestados ao cidadão e à sociedade.
- Consolidar a consciência dos valores éticos inerentes ao serviço público.

**Estratégias do Programa:**

- Promover a participação direta do cidadão por meio de pesquisa de satisfação, ouvidoria, conselhos e comitês.
- Mobilizar as organizações públicas, reconhecendo e premiando os bons resultados que demonstrem altos padrões de qualidade de serviços com redução de custos.
- Preservar o programa como instrumento da institucionalização de um modelo de gestão pública voltada para resultados que beneficiem o cidadão, seja

como usuário de serviços públicos, como destinatário da ação do Estado ou como seu mantenedor.

- Promover a valorização da função pública e do servidor público.
- Dar dimensão nacional ao Programa envolvendo todos os poderes e níveis de governo no desafio de construir um serviço público de qualidade.
- Dar ao programa uma ancoragem multisetorial e multiregional, estabelecendo parcerias com órgãos e entidades públicas e da sociedade, com programas regionais e setoriais voltados para a melhoria da gestão.
- Constituir parcerias e alianças estratégicas.
- Manter o foco em organizações de atendimento direto ao cidadão.

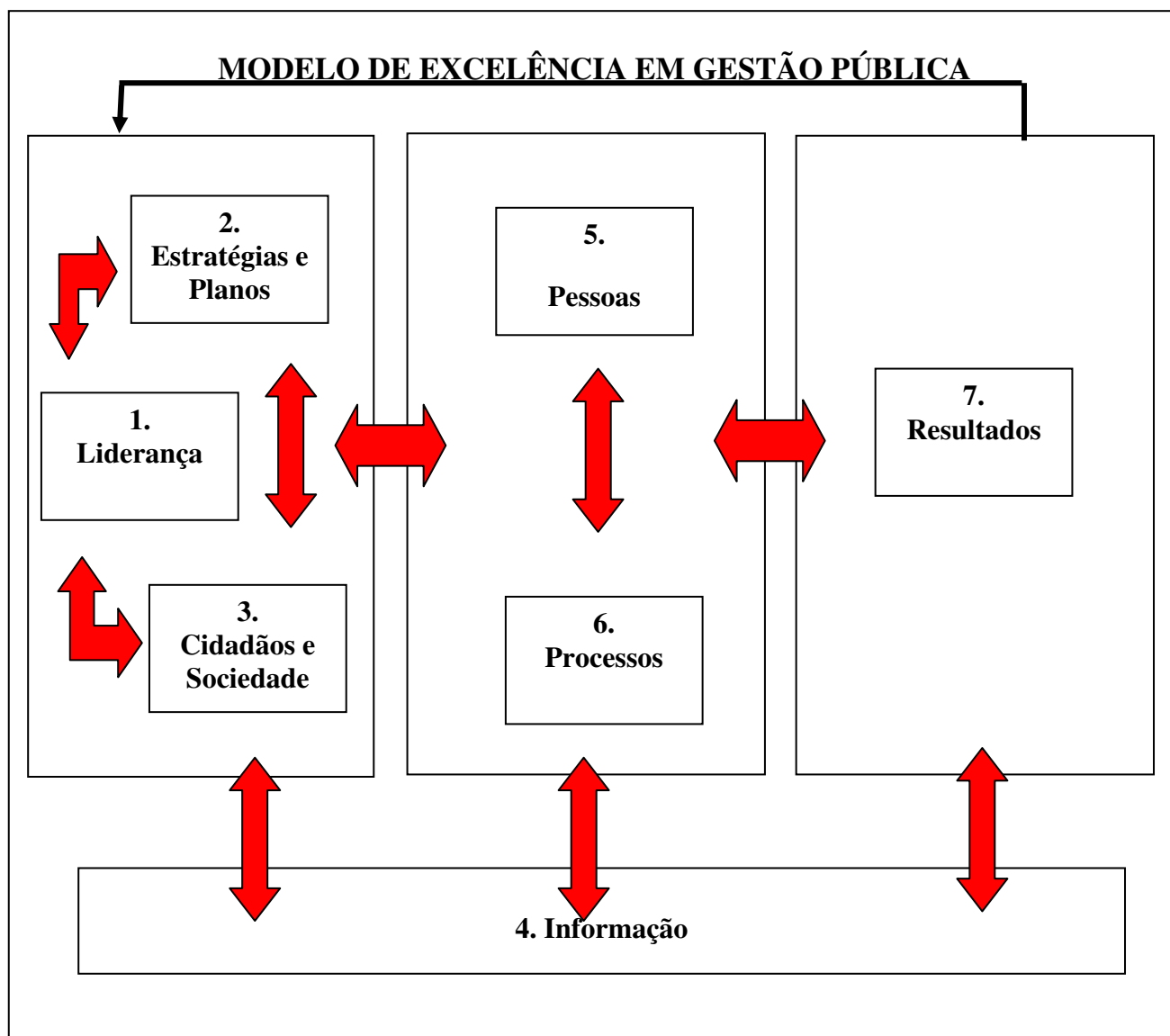
#### **Diretrizes do Programa:**

- A adesão e a convocação são maneiras pelas quais as organizações possam a integrar o Programa.
- A avaliação contínua da gestão e dos resultados é a forma pela qual uma organização adesa permanece, se mantém ativa no Programa.
- A gestão e a execução das ações do programa são feitas de forma descentralizadas por delegação e organizações parceiras e colaboradores voluntários.
- É prioritário o atendimento as organizações públicas de atendimento ao cidadão.

O modelo de Excelência em Gestão Pública é composto por sete partes que juntas compõem um sistema de gestão para as organizações do setor brasileiro (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2004).

Esse modelo está alinhado com “estado da arte” da gestão de classe mundial e, identificado com a realidade das organizações públicas brasileiras (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2004).

O Modelo de Excelência em Gestão Pública, bem como seus critérios poderão ser mais bem visualizados na figura 4.



**Figura 4- Modelo de Excelência em Gestão Pública.**

**Fonte: Brasil, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO (2004).**

A descrição de cada critério bem como a sua pontuação máxima, está apontada no quadro 3.

**Quadro 3-Critérios e Itens de Avaliação e Pontuações Máximas**

<b>Critérios</b>	<b>Itens</b>	<b>Descrição</b>
<b>1. Liderança (90 pontos)</b>	<i>1.1 Sistema de liderança (30 pontos)</i>	Estruturação do sistema de liderança, atuação pessoal da Alta-Administração, comprometimento com todas a partes interessadas e desenvolvimento das habilidades de liderança.
	<i>1.2 Cultura da Excelência (30 pontos)</i>	Estabelecimento e disseminação dos valores e diretrizes organizacionais, implementação e promoção do comportamento ético, estabelecimento dos principais padrões de trabalho e realização do aprendizado global.
	<i>1.3 Análise crítica do desempenho global (30 pontos)</i>	Realização do processo de análise crítica do desempenho global da organização para avaliar o progresso em relação às estratégias e aos planos de ação, apoiar a tomada de decisão e permitir a correção de rumos.
<b>2. Estratégias e Planos (90 pontos)</b>	<i>2.1 Formulação das Estratégias (30 pontos)</i>	Formulação das Estratégias, análise de ambientes, busca de oportunidades, envolvimento das pessoas, fatores críticos para o sucesso e comunicação das estratégias a todas as partes interessadas.
	<i>2.2 Desdobramentos das Estratégias (30 pontos)</i>	Desdobramentos das estratégias em planos de ação, alocação de recursos, comunicação dos planos e acompanhamento do progresso dos planos.
	<i>2.3 Formulação do sistema de medição do desempenho (30 pontos)</i>	Definição e implementação de um sistema de medição do desempenho com metas de curto e longo prazos, de forma a reforçar a estratégias, permitir a validação de rumos e monitorar o desempenho em todos os níveis da organização.

**Quadro 3 -Critérios e Itens de Avaliação e Pontuações Máximas (continuação)**

<b>Critérios</b>	<b>Itens</b>	<b>Descrição</b>
<b>3. Cidadãos e Sociedade (90 pontos)</b>	<i>3.1 Imagem e conhecimento mútuo (30 pontos)</i>	Identificação e classificação dos cidadãos-usuários, identificação e antecipação das necessidades, indicadores de atendimento, divulgação dos serviços / produtos e ações, medição dos níveis de conhecimento dos usuários e da imagem, promoção da responsabilidade pública, interação com a sociedade e gestão do impacto da atuação da organização na sociedade.
	<i>3.2 Relacionamentos com os cidadãos-usuários (30 pontos)</i>	Canais de acesso para solicitar assistência, reclamar ou sugerir, padrões de atendimento, gestão das reclamações, avaliação da satisfação e da insatisfação e acompanhamento dos serviços / produtos recentemente entregues.
	<i>3.3 Interação com a sociedade (30 pontos)</i>	Realização do processo de análise crítica do desempenho global da organização para avaliar o progresso em relação às estratégias e aos planos de ação, apoiar a tomada de decisão e permitir a correção de rumos.
<b>4. Informação (90 pontos)</b>	<i>4.1 Gestão das informações da organização (30 pontos)</i>	Critérios e obtenção das informações, principais tipos de informações e a garantia da sua integridade, uso da tecnologia da informação, disseminação e disponibilização das informações.
	<i>4.2 Gestão das informações comparativas (30 pontos)</i>	Definição das informações comparativas e respectivos critérios para selecionar fontes e coletar as informações, principais tipos de informações comparativas e seu uso para melhoria dos processos e do desempenho da organização e estabelecimento de metas ousadas.
	<i>4.3 Gestão do capital intelectual (30 pontos)</i>	Estímulo, identificação, desenvolvimento, cultivo, proteção e compartilhamento do capital intelectual.

**Quadro 3 - Critérios e Itens de Avaliação e Pontuações Máximas (continuação)**

<b>Critérios</b>	<b>Itens</b>	<b>Descrição</b>
<b>5. Pessoas (90 pontos)</b>	<i>5.1 Sistema de trabalho (30 pontos)</i>	Organização do trabalho e estrutura de cargos e funções, seleção e preenchimento de cargos e funções, sistemas de avaliação do desempenho, reconhecimento e remuneração das pessoas.
	<i>5.2 Desenvolvimento e capacitação (30 pontos)</i>	Identificação das necessidades e estabelecimentos dos planos de desenvolvimento e capacitação, armazenamento, compartilhamento, proteção, aplicação e reforço no trabalho, das habilidades e conhecimento adquiridos e avaliação da eficácia dos programas de desenvolvimento e capacitação das pessoas.
	<i>5.3 Qualidade de vida (30 pontos)</i>	Promoção de um ambiente seguro e saudável, promoção do bem-estar e da satisfação e medição e avaliação do bem-estar, satisfação e motivação das pessoas.
<b>6. Processos (90 pontos)</b>	<i>6.1 Gestão de processos finalísticos (30 pontos)</i>	Definição de serviços / produtos e processos finalísticos, sinergia entre as unidades, avaliação crítica e melhoria dos processos finalísticos.
	<i>6.2 Gestão de processos de apoio (20 pontos)</i>	Definição, execução, avaliação crítica e melhoria dos processos de apoio.
	<i>6.3 Gestão de processos relativos aos fornecedores (20 pontos)</i>	Seleção dos fornecedores, avaliação e retorno do desempenho aos fornecedores, capacitação e desenvolvimento dos fornecedores envolvidos com a consecução das estratégias e com áreas e processos finalísticos e práticas para fortalecer o relacionamento.
	<i>6.4 Gestão orçamentária e financeira (20 pontos)</i>	Suporte orçamentário eficaz às estratégias, aos planos e aos processos da organização.

**Quadro 3 - Critérios e Itens de Avaliação e Pontuações Máximas (continuação)**

<b>Critérios</b>	<b>Itens</b>	<b>Descrição</b>
<b>7. Resultados (90 pontos)</b>	<i>7.1 Resultados relativos aos cidadãos (100 pontos)</i>	Níveis atuais, tendências e referenciais comparativos dos resultados da satisfação e insatisfação dos cidadãos, do atendimento do universo potencial de cidadãos, de participação no mercado e da imagem da organização.
	<i>7.2 Resultados relativos a sociedade (40 pontos)</i>	Níveis atuais, tendências e referenciais comparativos dos resultados relativos à sociedade.
	<i>7.3 Resultados orçamentários e financeiros (100 pontos)</i>	Níveis atuais e referenciais comparativos dos resultados relativos a aplicação dos recursos orçamentários, conservação do patrimônio e obtenção de receitas próprias.
	<i>7.4 Resultados relativos aos cidadãos (60 pontos)</i>	Níveis atuais e referenciais comparativos dos resultados relativos da satisfação, bem-estar, avaliação, capacitação e desenvolvimento das pessoas bem como da eficácia dos sistemas de trabalho da organização.
	<i>7.5 Resultados relativos aos fornecedores (40 pontos)</i>	Níveis atuais e referenciais comparativos dos resultados do desempenho dos fornecedores.
	<i>7.6 Resultados relativos aos serviços e produtos (60 pontos)</i>	Níveis atuais e referenciais comparativos dos resultados dos serviços / produtos, dos processos finalísticos, incluindo as parcerias institucionais.
	<i>7.7 Resultados dos processos de apoio e organizacionais (60 pontos)</i>	Níveis atuais e referenciais comparativos dos resultados dos processos de apoio e da avaliação e melhoria das práticas de gestão.

**Fonte:** BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO (2004).

## 2.4 Administração Pública em Segurança e Saúde no Trabalho

A legislação sobre a saúde no trabalho está influenciada, a nível nacional, por diversos fatores, tais como a situação social e econômica da nação e das tendências políticas do governo e de seus legisladores. A nível internacional, as tendências no desenvolvimento da legislação não são simplesmente o resultado dos desenvolvimentos nacionais mais ou menos heterogêneos, senão influenciados também pela ação permanente dos organismos internacionais.

A OIT e a OMS contribuem na tarefa de assegurar o progresso e a continuidade da ação para a proteção da saúde dos trabalhadores, especialmente nos países em via de desenvolvimento.

Os acontecimentos históricos, resultantes do conflito *Capital X Trabalho*, foram decisivos para o surgimento e o desenvolvimento da saúde do trabalhador.

Em 1700, RAMAZZINI (1971), relata uma série de doenças relacionadas acerca de 50 profissões diversas. Contudo, a importância do seu trabalho não pôde ser considerada na época, isto devido ao número pequeno de doenças profissionais.

Entre 1760 e 1830, ocorreu na Inglaterra um movimento que marcou a história da humanidade: a Revolução Industrial. Impactos sociais foram registrados a partir da criação da primeira máquina de fiar, entre os quais os agravos à saúde dos trabalhadores: acidentes graves, mutilantes e fatais, e as intoxicações agudas, decorrentes das péssimas condições de trabalho (VASCONCELLOS, 2000).

Em 1802, na Inglaterra, a *Lei de Peel* regulava a idade mínima para o trabalho, a redução da jornada de trabalho e determinava medidas de melhoramento ambiental.

Em 1833, é criada a primeira legislação de proteção à saúde do trabalhador - *Factory ACT* – “Lei das Fábricas”. Ela exigia dos empregadores atestados médicos comprobatórios da idade mínima de nove anos para os trabalhadores e criava a inspeção de verificação do cumprimento da legislação.

Já em 1919, foi criada a OIT, como parte do Tratado de Versalhes, fruto do acordo da nascente Liga das Nações, com o objetivo de se estabelecer regras internacionais acerca do Direito do Trabalho. No Brasil, somente no final do século XIX ocorrem iniciativas relacionadas à questão nas áreas da Medicina Legal e da Higiene e, mais tarde na Higiene Industrial.



No início do século XX, consolida-se o conceito da infortunistica, como explicação de base técnico-jurídica para a causação do acidente de trabalho.

*A infortunistica é à parte da Medicina Legal que estuda os infortúnios ou riscos industriais, sejam agudos, físicos e químicos, propriamente acidentes do trabalho, sejam subagudos ou crônicos, tóxicos e biológicos, as doenças profissionais (Peixoto, citado por MENDES, 1995, p.32).*

Na linha de uma ideologia da Saúde do Trabalhador, a idéia assemelha-se aos países do mundo capitalista: existe uma correspondência bastante nítida e igualmente histórica de conceitos nos seus vários momentos: - a luta pela sobrevivência; - a luta pela reparação dos acidentes e mutilações; a luta pela identificação e reparação das doenças atribuídas ao trabalho (Rebouças, citado por VASCONCELLOS, 2000).

#### *2.4.1 - Políticas Públicas Internacionais em SST*

As mudanças atuais no mundo do trabalho estão se refletindo no ambiente laboral, acometendo trabalhadores com novas doenças. É necessário que governo, empresário e sociedade civil junte-se para regular as ações governamentais com o objetivo de minimizar os acidentes do trabalho.

Nos Estados Unidos da América (EUA) há o *Department of Labor – Occupational Safety & Health Administration*, que gerencia a Segurança e a Saúde do Trabalhador daquele país.

Em 1970 foi instituído o “Act of OSH DE 1970” pela *Public Law 91-596 84 STAT, 1590 91st Congress, S.2193, December 29, 1970. (Occupational Safety and Health Administration – OSHA, 2005)* que procura assegurar as condições de segurança e saúde no local de trabalho, fornecendo pesquisa, informação, instrução e treinamento.

A OSHA tem como missão assegurar a segurança e a saúde de trabalhadores dos EUA apresentando padrões de trabalho, fornecendo treinamento, estabelecendo parcerias e, melhoria continua na segurança e na saúde no ambiente laboral.

Por ter pesquisas de padronização de procedimentos em ST, governos como dos Estados Membros da União Européia, também adotam medidas determinadas por este órgão. As normas e procedimentos podem ser equiparadas as Normas Regulamentadoras (NR) brasileiras.

Por intermédio deste “Act of OSH”, o governo americano disciplina os procedimentos laborais para a manutenção de um ambiente seguro e saudável. Ele fiscaliza as empresas por intermédio da OSHA, garantindo os direitos dos cidadãos norte-americanos.

A União Europeia é uma instituição composta de Estados Membros que congregam soberanias que, na prática, estes Estados membros delegam alguns dos seus poderes em instituições comuns que criaram, de modo a assegurar que os assuntos de interesse comum possam ser decididos democraticamente ao nível europeu.

A *European Public Health Alliance* é uma organização não governamental que discute a saúde pública da União Europeia, com o intuito de discutir as ações oriundas dos governos e proteger a saúde dos cidadãos europeus. Um dos itens de saúde pública discutido é o da saúde no trabalho, item este que levou a formulação de uma estratégia a ser aplicada por estes países.

O Conselho Europeu de Lisboa apontou que a Europa se encontrava numa fase de transição para a economia do conhecimento, caracterizada por grandes mudanças, que afetam a composição da população ativa, as formas de emprego e os riscos no local de trabalho. O diagnóstico destes diferentes aspectos da evolução permite identificar melhores os problemas a que a estratégia de saúde e segurança no trabalho deverá dar resposta (União Europeia, 2005). A estratégia conta com três eixos norteadores de acompanhamento da evolução no mundo do trabalho: 1. Evolução da população ativa: aumento das mulheres no mundo do trabalho e envelhecimento; 2. Diversificação das formas de empregos e, 3. Transformações da natureza dos riscos.

Com isso, a União Europeia, por intermédio da discussão sobre a segurança e saúde no trabalho conjuntamente com a *European Public Health Alliance* trabalham para uma abordagem global do bem-estar no trabalho; na cultura de prevenção e, na melhor aplicação da legislação em vigor. Ela também propõe a integração da saúde e segurança no trabalho nas outras políticas comunitárias relacionada com outras abordagens como a estratégia europeia de emprego, a saúde pública, a comercialização dos equipamentos de trabalho e dos produtos químicos, mas também com outras políticas que visam objetivos de proteção assentes em medidas preventivas.

Como pode ser visto, as políticas em SST nos EUA e na União Europeia apresentam a preocupação de se garantir um ambiente laboral saudável e seguro, discutindo com a

população de seus países questões de interesse nacional. Os procedimentos discutidos são transformados em leis, normas ou decretos, aprovados pelo congresso ou comissão especial (no caso da União Européia) e aplicados nas empresas, com a fiscalização do governo.

No Brasil a dinâmica não é diferente. Contudo, saber como se deu a evolução histórica nesta área é importante, na visão da pesquisadora, para que se possa entender o contexto atual.

#### *2.4.2- Políticas de Segurança e Saúde do trabalhador no Brasil*

A questão do direito à saúde no trabalho nasce com uma lógica de reparação do dano já causado, baseado numa relação contratual estabelecida entre o trabalhador e o empregador, comprador da força de trabalho no mercado.

*A partir de 1930, o Estado Brasileiro, com Getúlio Vargas, interveio de forma mais incisiva na questão dos direitos sociais, cujo centro de condução de sua política estabeleceu-se no recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Getúlio Vargas, no período que vai de 1930 a 1943, iniciou a construção de uma legislação social trabalhista e de uma instância do poder público própria para a solução dos conflitos entre patrões e empregados, ou seja, o arcabouço da estrutura da Justiça do Trabalho e da legislação do trabalho” (OLIVEIRA et al., 1997, p. 6).*

Este fato reforça a visão reparadora dos eventos, com um forte viés referenciado ao vínculo contratual-trabalhista, colocando a questão da saúde no trabalho como um problema não sanitário.

Pode-se afirmar que há a consolidação da política de saúde **no** e **do** trabalho, vinculada a área previdenciário-trabalhista, gerando uma cultura sindical, acadêmica, jurídica, empresarial e, mesmo sanitária de que a saúde do trabalhador **não é um problema de saúde** (VASCONCELLOS, 2000).

A constatação de que o campo da Saúde do Trabalhador carecia de uma visão mais sanitarista e menos contratual-economicista, levou a reconhecer na área de Saúde do Trabalhador, nas décadas de 70 e 80, o mesmo aspecto revolucionário/transformador da Reforma Sanitária Brasileira, na perspectiva de uma Assembléia Nacional Constituinte reformadora (VASCONCELLOS, 2000).

Assim, na década de 80, o ideário da construção de uma área de Saúde do Trabalhador começa a ganhar contornos mais definido, observa o autor, simultaneamente ao movimento pela Reforma Sanitária que, no mesmo período, promovia uma profunda revisão dos paradigmas do setor da saúde.

Paralelamente ao processo gradual de distensão política, diversas iniciativas no movimento sindical, no âmbito da academia e dos serviços de saúde, especialmente em São Paulo, através dos Programas de Saúde do Trabalhador, e, no Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, entre outros Estados, tentavam levar a questão da saúde do trabalhador para o palco de discussões da reforma do sistema de saúde (DIAS, 1994a).

Fortemente influenciados pelo movimento operário italiano, com o qual estabeleceram um importante intercâmbio durante aquele período, técnicos da área de saúde e sindicalistas, buscavam uma linha teórico-metodológica de análise e ação que se contrapunha, tanto ao modelo governamental de atenção, quanto à produção científica, em geral unidisciplinar e com ênfase na proteção contra os riscos, tendo o trabalhador como agente passivo das ações (OLIVEIRA et al., 1997):

*O período que antecedeu o processo constituinte de 1986-1988, no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, foi marcado por uma intensa mobilização desses atores, cuja expressão maior foi à realização, em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Calcadas na necessidade inquestionável de transformação do setor, as teses e propostas formuladas em nível nacional, apontavam para a redefinição da área e sua incorporação ao nascente Sistema Único de Saúde – SUS. Levadas ao processo constituinte, a síntese dessas propostas foi traduzida na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo da saúde, pela determinação ao SUS da execução de ações de Saúde do Trabalhador (...) (p. 48).*

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1998), das Constituições Estaduais (1989) e da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Lei nº 8.080, 1990), trouxe parte da discussão que se travou naquele período para a letra da lei.

Destacaram-se as propostas de reformulação do sistema de saúde, incorporando uma nova lógica de unicidade do sistema, transferência de poder, através da descentralização e desconcentração, saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a introdução do controle social e a inclusão da saúde do trabalhador no campo das práticas da saúde (VASCONCELLOS, 2000).

As lutas dos anos de resistência democrática, criando novos paradigmas para as políticas sociais num Brasil que se apresentava permeável a perspectivas transformadoras, forjou-se uma concepção de Saúde do Trabalhador, que se contrapunha aos campos de atuação técnica envolvidos com relação saúde-trabalho, especialmente o da Saúde Ocupacional e suas principais vertentes dogmáticas da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança (VASCONCELLOS, 2000).

### *2.3.3- Organização da Área e Legislação em Segurança Saúde do Trabalhador no Brasil*

#### Setor Trabalho e Emprego

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), através de portarias, aprova as Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança no Trabalho, as Convenções da OIT ratificadas no Brasil. A Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 (BRASIL, MTE, 1978), aprova as Normas Regulamentadoras – NR, do Capítulo V, Título II da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), relativas à Segurança e Medicina do Trabalho – redação dada pela Lei nº 6.514, de 22/12/77.

Em 2002, foi realizado no Centro Nacional da FUNDACENTRO, Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, em São Paulo, o Fórum sobre Segurança e Saúde do Trabalho no Brasil e Tendências, fórum este oriundo do Projeto 01 do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) “Revisão e Reconstrução do Modelo de Organização do Sistema Integrado de Segurança e Saúde no Trabalho” (BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2002).

Neste evento estiveram reunidos representantes do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Ministério da Saúde, do Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (IBAMA), do Ministério Público do Trabalho, do Instituto Nacional de Metrologia e Qualidade Industrial (INMETRO), da Fundação Oswaldo Cruz, da Organização Internacional do Trabalho, da Organização Pan-Americana de Saúde, do Conselho Federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, do Conselho Federal de Enfermagem, da Federação Nacional dos Técnicos de Segurança do Trabalho, da Confederação Nacional do Comércio, da Confederação Nacional da Indústria, da Confederação Nacional de Instituições Financeiras, Confederação Nacional do Transporte, da Central Única dos Trabalhadores, da Força Sindical e da Confederação Geral dos Trabalhadores.

A partir das apresentações do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Ministério da Saúde, do Ministério do Meio Ambiente, das Centrais Sindicais e das Confederações de Empregadores sobre as respectivas análises da situação atual do modelo de segurança e saúde no Brasil e de suas propostas para a adequação às necessidades do país e dos debates entre todos os participantes do fórum, concluíram por fazer nove recomendações consensuadas, duas recomendações das Confederações dos Empregadores e uma Recomendação das Centrais Sindicais dos Trabalhadores. Estas

recomendações resultaram na proposta de quatro linhas de ação para o encaminhamento do objetivo traçado pelo Projeto 01 do PBQP (BRASIL - MTE, 2002).

As Recomendações Consensuadas são:

1. Levantar e sistematizar as várias legislações sobre o tema segurança e saúde no trabalho existentes nos vários Ministérios.
2. Realizar no 1º semestre de 2000, preferencialmente nos meses de março ou abril, Seminário Internacional sobre Legislação Comparada e Práticas em Segurança e Saúde no Trabalho, para fornecer subsídios para a discussão nacional.
3. Valorizar e ampliar com a participação de outros Ministérios, como o Meio Ambiente, Desenvolvimento e outros, o espaço institucional de articulação do GEISAT, como caminho para a definição de uma Política Integrada de Governo para a Segurança e Saúde no Trabalho.
4. Criar foro tripartite, grupo interinstitucional, com a participação de trabalhadores e empregadores, para discutir a definição e ordenação das políticas públicas e das ações governamentais, nas diversas áreas e níveis de governo.
5. Encaminhar ao nível desse mesmo foro a discussão sobre as propostas que visem a harmonização e atualização da legislação de segurança e saúde no trabalho, estabelecendo hierarquia entre as normas gerais e normas específicas, como forma de atingir maior eficácia nas políticas de prevenção de cada setor e atividade econômica, sempre valorizando o processo negocial na sua elaboração e atualização.
6. Considerando o impacto que a formulação do Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT) deve ter sobre toda a área de segurança e saúde no trabalho, privilegiar na pauta desse foro a discussão sobre esse processo de mudança.
7. O novo modelo deve, ao levar em consideração ao mesmo tempo à necessidade de ação institucional articulada e também as mudanças nas formas e relações do exercício do trabalho no mundo atua, responder ao caráter de universalidade que a legislação deve contemplar podendo vir a ser expressa em um Código Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.
8. O processo de discussão sobre a revisão do modelo de segurança e saúde deve buscar a apresentação de proposta consensuada entre os órgãos do governo e da sociedade ao Congresso Nacional.

9. Buscar a adequação dos indicadores de morbi-mortalidade decorrentes do trabalho, criando mecanismos para alcançar o universo da população ocupada e seus substratos.

Muito do que foi proposto já foi realizado como o item 1, 2, 3, 5 e 6.

As Recomendações das Confederações dos Empregados são:

1. Deve ser levado em conta no processo de revisão legislativa e normativa, estudos referentes à aplicabilidade e de impacto econômico sobre as atividades a que se destinam.
2. O novo modelo deve eliminar as formas de compensação por exposição aos riscos do trabalho.

A contribuição das Centrais Sindicais dos Trabalhadores segue abaixo:

1. Devem ser levados em consideração no processo de revisão legislativa e normativa, estudos referentes aos impactos econômicos para o governo e para a sociedade dos acidentes e doenças do trabalho, assim como, visando maior abrangência e aplicabilidade, medidas de apoio e incentivo para viabilizar sua execução pelas empresas.

A seguir é apresentado o detalhamento das linhas de ação propostas (BRASIL - MTE, 2002):

**LINHA DE AÇÃO 1 - Revisão e Reconstrução do Modelo de Organização do Sistema Integrado de Segurança e Saúde no Trabalho:** a construção de um novo modelo no momento em que se procura ampliar a participação da sociedade, através do processo de negociação, pode contribuir significativamente para a melhoria das condições e dos ambientes de trabalho uma vez que possibilitará a ampliação de mecanismos de a construção coletiva, ao tempo em que permitirá a participação da sociedade.

**LINHA DE AÇÃO 2 - Potencialização das Políticas em Segurança e Saúde no Trabalho:** deve-se promover o fortalecimento das políticas relacionadas com a segurança e saúde no trabalho com o objetivo de integrá-las e torná-las mais eficazes.

**LINHA DE AÇÃO 3 - Implementação de Sistema Integrado de Gestão em Segurança e Saúde nas Empresas:** A gestão de segurança e saúde no trabalho não está integrada aos modelos gerenciais adotados pelas empresas, não permitindo que as ações preventivas de conscientização, sensibilização, capacitação e negociação alcancem seus objetivos.

**LINHA DE AÇÃO 4 - Aperfeiçoamento e Organização de Sistemas de Informação e de Pesquisas de Interesse da área:** Com relação ao sistema de informação e pesquisas em Segurança e Saúde no Trabalho, já há interesse de Instituições de Ensino Superior (IES), como aponta pesquisas realizadas CORDEIRO (2002) e por LIMA & LEITE (2003).

#### Setor Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador passa a ter uma nova definição e novo delineamento institucional a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS e a sua incorporação enquanto área de competência própria da saúde, resultante de um processo constituinte com marcada participação dos movimentos social e sindical, propiciou estados e municípios a atualizarem seus estatutos jurídicos de forma a acompanhar essas modificações e reforçar suas práticas no campo da saúde, em especial da saúde do Trabalhador (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

O art. 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1998) estabelece como atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS

*Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como a de saúde do trabalhador; participar da produção, transporte guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, bem como a colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido e no trabalho.*

O Serviço de Saúde do Trabalhador tem por finalidade resguardar na sua íntegra a saúde do trabalhador, impedindo tudo o que possa perturbá-lo, tirando-lhe o direito de ter uma vida saudável.

O parágrafo 3º do Art. 6º da Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001d) define Saúde do Trabalhador como

*Conjunto de atividades que se destina, por intermédio das ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológico, a promoção e proteção da saúde do trabalhador, bem como a sua recuperação e reabilitação, submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.*

Este conjunto de atividades deste serviço está detalhado nos incisos I a VII do referido parágrafo abrangendo: estudos, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho.

A normalização e fiscalização das condições de trabalho relativas a substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que apresentam risco à saúde dos trabalhadores; a avaliação do impacto das tecnologias sobre a saúde; a informação aos trabalhadores, entidade sindical e empresa sobre os riscos e os resultados decorrentes da fiscalização e das avaliações



ambientais; a assistência ao trabalhador acidentado; a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho.

Para a orientação do desenvolvimento das ações nesta área, outros instrumentos e regulamentos federais, estaduais e municipais foram estabelecidos: Portarias Ministério da Saúde Nº 3.120, de 1º de julho de 1998 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b) que trata da definição de procedimentos básicos para a vigilância da saúde do trabalhador e, Portaria Ministério da Saúde Nº 3.908, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001c) trata da prestação de serviços nesta área.

A Vigilância no Serviço de Saúde do Trabalhador tem como princípios: postura diante de uma investigação (fiscalização); ética profissional para a vigilância sanitária e de saúde do trabalhador; transparência; objetividade e praticidade.

Na repartição das competências, A Constituição Federal – CF, de 1988 (Brasil, Constituição, 1998) diz expressamente que ***cuidar da saúde é competência comum*** da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios (art. 23, II), e ***legislar sobre a defesa da Saúde compete concorrentemente*** à União, aos Estados (art.24, XII) e, ***suplementarmente***, aos Municípios (art. 30, II).

Na análise de Dallari (citado por BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 11-12, 2001a),

*O constituinte de 1988 não deixou, portanto, qualquer espaço para a criação doutrinária ou jurisprudencial na matéria: à União, nas tarefas definidas constitucionalmente como competência legislativa concorrente, cabe apenas a fixação das normas gerais, entendidas como declarações principiológicas editadas pela União que sem violar a autonomia dos demais entes federativos, estabelecem as diretrizes nacionais a serem respeitadas quando da elaboração de suas próprias leis. A competência comum admite a possibilidade de execução conjunta de tarefas, sejam elas disciplinadoras e normativas ou de execução de tarefas materiais, concretas, não excluindo da obrigação de cooperação qualquer ente federativo e afirmando a responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para aquelas tarefas sociais que julgou essenciais à adequada ordem soberana. Para evitar conflitos, a CF/88 previu a edição de lei complementar fixando normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (art.23 § único).*

Essas definições são importantes, especialmente no que se refere às ações de vigilância em saúde, em particular da saúde do trabalhador, já que inúmeras vezes os setores de vigilância e de saúde do trabalhador de estados e municípios deparam-se com a questão da hierarquia dos instrumentos legais entre as três esferas e com a discussão da intersetorialidade

e da possível concorrência de atribuições entre os setores: Saúde, Previdência, Meio Ambiente e Trabalho (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Dallari (citado por BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.12, 2001) considera como tendo sido um

*Outro deslize técnico no campo sanitário-constitucional, a atribuição à União de competência (exclusiva) **para organizar, manter e executar a inspeção do trabalho** (art. 21, XXIV) quando na organização do sistema de saúde descreve como sua responsabilidade **executar as ações de saúde do trabalhador** (art. 200, II).*

As formas de ação para a Vigilância em Saúde do Trabalhador podem ser: sindical, por ramo de atividade e por região (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001c; VASCONCELLOS, 2000), conforme explicação abaixo:

- *Sindical*: esta ação contribuirá para o reforço da consciência crítica dos próprios trabalhadores organizados, em questões de saúde, viabilizando também o aprimoramento dos acordos coletivos de trabalho.

- *Por ramo de atividade*: constitui na atuação em empresas com o mesmo perfil de atividades (produção, comércio) numa dada região com importância econômica e fonte de risco para os trabalhadores.

- *Por região*: consiste na definição do espaço geográfico politicamente, sem limitar-se a nenhum ramo de atividade ou agravo em especial e nem estabelece prioridades para atuação. Neste tipo de atuação toma-se como estratégia apenas o mapeamento das atividades produtivas (região norte, sul, leste, oeste).

A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ela cria as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde (Art. 1º, § 1º). A partir desta definição foram sendo criadas as Conferências Nacionais setoriais, bem como as Conferências Estaduais e Municipais de Saúde dos Trabalhadores.

Segundo Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2001a), os Conselhos de Saúde, nacionais, estaduais e municipais, foram criados em caráter permanentes e deliberativos, como órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com a finalidade de atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (art.1º, § 2º), além de definir também a

criação do Fundo Nacional de Saúde, o que deve ocorrer também no âmbito dos estados e municípios e, estipula a possibilidade de estabelecimento de consórcios entre municípios para a execução das ações e serviços de saúde.

O Decreto Federal nº 99.438, de 7 de agosto de 1990 dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Cabe ressaltar que nessas normas gerias estão incluídas também as ações respectivas à saúde do trabalhador (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

#### Setor Previdência e Assistência Social

A Previdência Social é a instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. Juntamente com a Saúde e Assistência Social compõe as Seguridades Sociais, que é a política pública de proteção integrada da cidadania. (BRASIL, MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2002).

Criada pelo Decreto-Lei Nº 3.048, de 06 de maio de 1999, aprova o regulamento da Previdência Social, apresentando o custeio e os benefícios da Previdência. Ela procura garantir os direitos dos trabalhadores quanto a sua sobrevivência na carência do trabalho. Este decreto-lei cobre doenças ocupacionais, invalidez, idade avançada, maternidade, desemprego involuntário, auxílio reclusão, salário família, pensão aos dependentes, auxílio-acidentes e reabilitação profissional além de amparar o trabalhador dando uma ampla cobertura aos assegurados. Contudo, dois são os seus principais problemas: 1. ele é discriminatório pois não atende aos trabalhadores informais e, 2. não é abrangente (não atende a todas as classes de trabalhadores).

Vivendo em novos tempos com as evoluções do mundo tecnológico, os sistemas de Previdência em todo mundo têm passado por um amplo processo de discussão. Problemas como o *déficit* para o pagamento de benefícios e o alto índice de acidente do trabalho, vem fazendo com que gestores, pesquisadores, políticos, trabalhadores e empresários discutam o assunto.

Devido ao aumento da expectativa de vida da população associado à redução da taxa de fecundidade, aumentando, com isso, o número da população idosa. No Brasil, estima-se que o percentual de idosos na população total passará de 5,1% em 2000, para 8,9% em 2020. Busca-se o redimensionamento do sistema de Previdência dentro deste novo contexto social (ORNÉLAS & VIEIRA, 1999).

A reforma da Previdência começou em dezembro de 1998, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 20, as linhas gerais do novo modelo definindo uma Previdência essencialmente contributiva com o equilíbrio atual e financeiro, expresso no art. 201 da CF, onde os benefícios pagos nas aposentadorias por tempo de contribuição de cada assegurado serão corrigido com uma nova metodologia de cálculo, esperando-se, com isso, que o déficit da Previdência seja estabilizado, na medida em que as novas concessões serão baseadas nestes novos critérios (ORNÉLAS & VIEIRA, 1999).

Com relação ao acidente do trabalho, SCHUMBERT (2002) apresenta uma análise sobre os riscos do trabalho no Brasil e no mundo. Para ele a Segurança e a Saúde dos Trabalhadores constituem, ou deveriam constituir, tema de máxima importância.

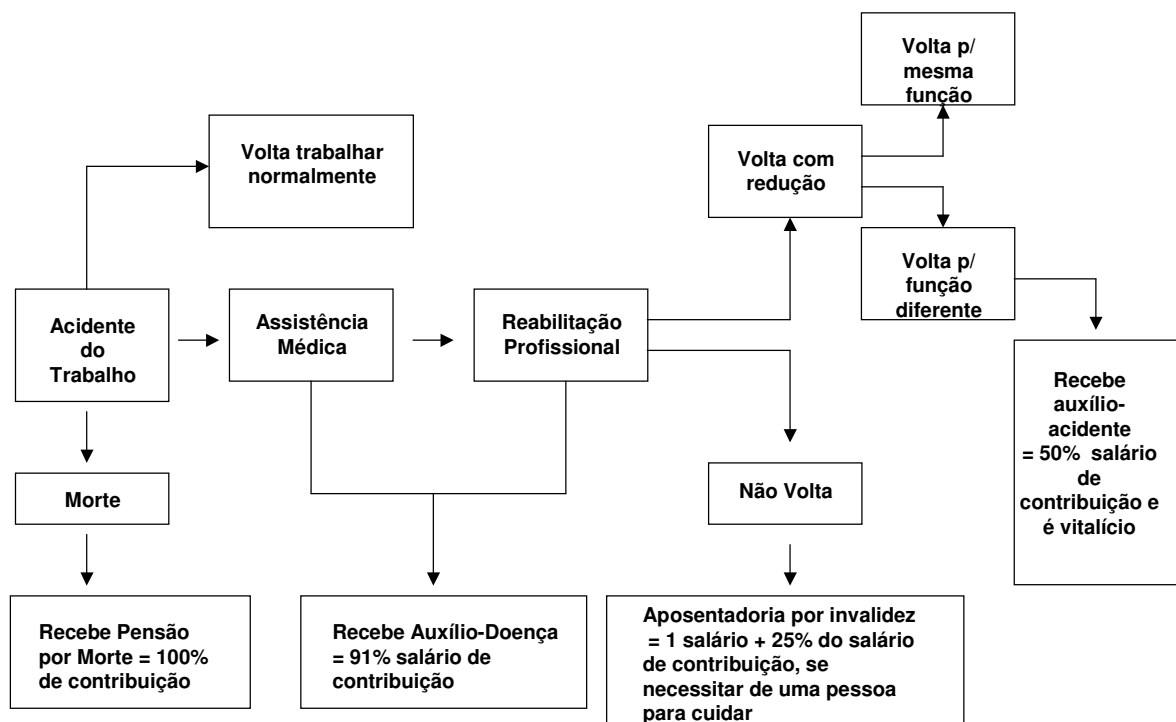
Apesar da evolução positiva, o país maneja os riscos e acidentes e trabalho no século XX com uma abordagem caracterizada fundamentalmente pela reparação e compensação financeira do dano; o modelo adotado pelo Brasil é excessivamente preocupado com as consequências, denotando uma atitude meramente reativa, independentemente da administração ser privada ou estatal, salienta o autor.

O fato político mais recente na evolução da legislação brasileira dos acidentes de trabalho é a promulgação da Emenda Constitucional - EC nº 20/98 que estabelece que lei disciplinará a cobertura de acidente do trabalho, a ser atendida concorrentemente pelo Regime Geral de Previdência Social e pelo setor privado. Este fato está ensejando uma oportunidade histórica de elaborarmos uma proposta de regulamentação da EC nº 20, de forma a proteger os trabalhadores brasileiros dentro de um novo paradigma que valoriza o trabalho sem risco (SCHUBERT, 2002).

Os princípios básicos para a elaboração deste novo modelo de seguro de acidente do trabalho, continuam o autor, deverão considerar a necessidade de cobertura universal, enfoque preventivo, integralidade de ações (prevenção, reabilitação no sentido amplo e compensação), enfoque epidemiológico, gestão diferenciada e ampla participação.

Schubert coloca ainda que há vários projetos no Congresso Nacional para atender o disposto na EC nº 20 e que considera essencial e indispensável à participação da sociedade na definição do novo modelo do Seguro do Acidente do Trabalho.

Tratando-se de acidente do trabalho, o Art. 104 trata sobre o auxílio-acidente, é demonstrado pela figura 5 que explica a aplicação do referido artigo.



**Figura 5- Acidente do Trabalho e seus respectivos benefícios, Decreto Lei nº 2.172 de 02 de março de 1997.**

*Obs: Acidente não de trabalho ou acidente de qualquer natureza = 70% do salário de contribuição. A carência é de 12 meses para o auxílio doença e aposentadoria por invalidez. Havendo perda da qualidade de segurado = 1/3 do número de contribuição é exigida.*

A Portaria Interministerial Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde nº 14/95 (Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde, 1995) que estabelece o “Programa Integrado de Assistência ao Acidentado do Trabalho (PIAT)”, e a Portaria Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde nº 14/96 (Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde, 1996), pretende implementar o PIAT, organizando a oferta do atendimento hospitalar de urgência e emergência a esses trabalhadores e atribuindo remuneração diferenciada aos procedimentos realizados em casos de acidente do trabalho, vem regulamentar a assistência aos trabalhadores acidentados ou acometidos de doença profissional ou do trabalho. Segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) essas portarias têm sido cumpridas parcialmente, sendo necessário efetivar a implementação especialmente das questões relativas ao financiamento e ao sistema de informações.

## Setor do Meio Ambiente

As leis aprovadas neste setor dizem respeito às questões dos agravos ao meio ambiente que, dê maneira direta ou indireta, também afetam a saúde e a segurança do trabalhador São elas:

**Lei nº 7.802**, de 11 de julho de 1989, dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, atualização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

**Decreto nº 98.816**, de 11 de janeiro de 1990, regulamenta a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção; a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, atualização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

**Lei nº 9.605**, publicada no DOU em 13 de fevereiro de 1998. Lei de Crimes Ambientais.

### ***2.5. Considerações Finais***

Este capítulo procurou abordar conceitos e teorias sobre Administração, modelo de gestão e Administração Pública. Ele também tratou sobre a nova abordagem de Gestão Pública de Excelência, a GESPÚBLICA, modelo este que o governo federal está trabalhando dentro de suas instituições, onde foi apontado os critérios de qualidade no serviço público, com sua descrição e pontuação.

Foi apresentado modelos de GSST nos EUA e na União Européia. A política adotada no Brasil, bem como as legislações pertinentes, também foram apresentadas.

O próximo capítulo tratará sobre a metodologia utilizada neste estudo para análise e compreensão da dinâmica das ações governamentais no atendimento da segurança e saúde do trabalhador/cidadão.

### 3- METODOLOGIA

#### 3.1- Considerações Iniciais

Este capítulo definiu os procedimentos metodológicos à presente investigação. A primeira seção classifica o estudo; as que seguem, tratam dos aspectos referentes a GSST, divididos em duas etapas:

- 1ª etapa: identificação dos atores envolvidos na Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho –GSST, bem como sua missão, objetivos e estratégias;
- 2ª etapa: proposição de um modelo de alianças estratégicas entre o setor público e a sociedade civil em GSST.

#### 3.2- Modelo do Estudo

Esta pesquisa é, segundo os campos de atividade humana, *Interdisciplinar e Pesquisa Aplicada*, onde se espera que os resultados apresentados sejam utilizados na solução do problema de Gestão da Segurança e Saúde do Trabalho - GSST, utilizando os recursos da polifonia<sup>3</sup>. O processo de estudo é *Descritivo*, onde foram abordados quatro aspectos: descrição, registro análise e interpretação de fenômenos ligados da GSST. A operacionalização do modelo de estudo será realizada em fases, tendo em vista os objetivos deste estudo, a saber:

1. Busca de informações para identificar as instituições que legalmente participam na GSST;
2. Estabelecimento de critérios e a própria seleção do estado e cidade cujos casos serão estudados;
3. Montagem do roteiro básico para a coleta das informações necessárias para a descrição dos itens a serem analisados;
4. Entrega de questionário ou entrevista pessoal com pessoas chaves envolvidas na GSST.

Os casos estudados são apresentados em tópicos.

Na 2ª etapa, para a composição do modelo, adotou-se o conceito e formas de alianças estratégicas (LEWIS, 1992 e LORANGE & ROOS, 1996).

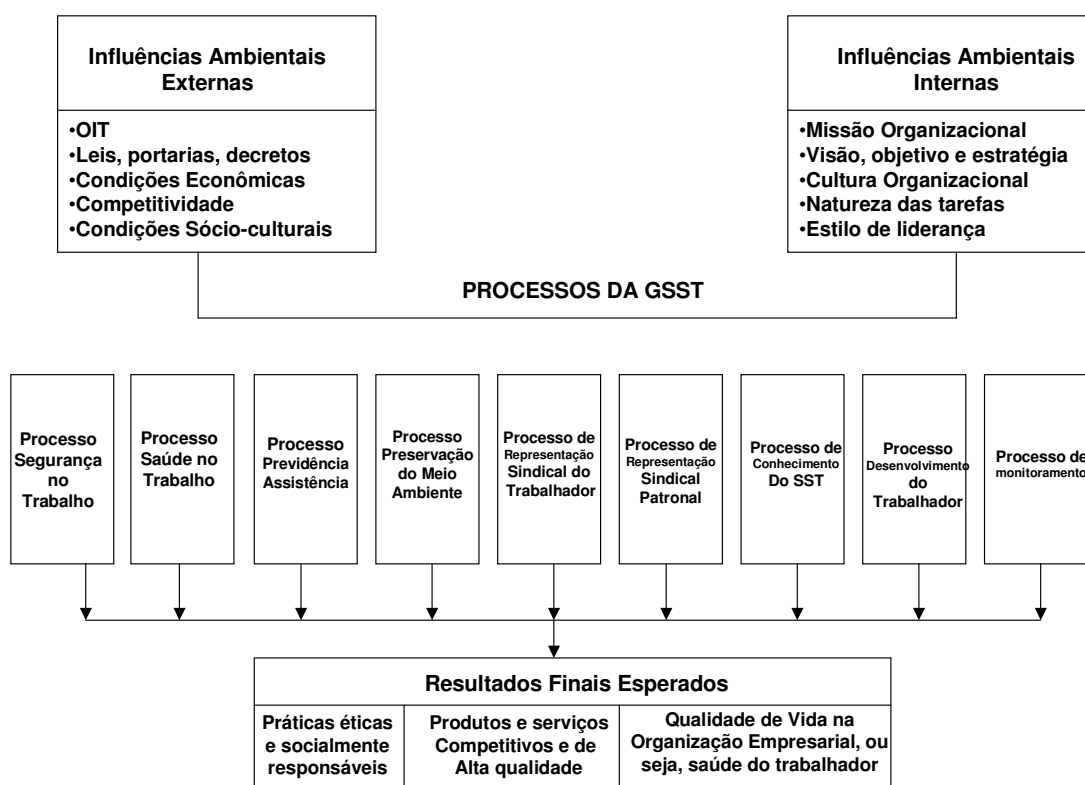
---

<sup>3</sup> O recurso da polifonia consiste na incorporação de outros trabalhos (discursos), de outros enunciados. A polifonia pode vir do autor, de terceiros ou da opinião pública (FLORES, 1994).

Esta proposta surgiu com o intuito de se analisar conjuntamente o ambiente interno e externo do Governo Federal no que diz respeito a GSST, criticando o caráter privatista do Estado/Governo, a ponto de se verificar se há ou não o exercício do seu âmbito público.

Para o diagnóstico da GSST, o modelo proposto (figura 6) foi baseado na abordagem de Alianças Estratégica onde se procurou elaborar um modelo de diagnóstico de GSST, objetivando não a análise “verticalizada” dos atores, mas sim na sua integração horizontal<sup>4</sup>, ou seja, na ação em conjunto com os diversos atores. A justificativa para isto se deve a dois fatores:

1. A “ação verticalizada” prioriza a função e não o resultado, onde se podem encontrar ações desencontradas na intervenção de um mesmo fenômeno por dois ou mais atores e,
2. Uma vez que haja o foco no resultado será mais fácil verificar as ações realizadas e implementar medidas corretivas, caso haja necessidade.



**Figura 6- Modelo de Diagnóstico da GSST.**

<sup>4</sup> Processo ocasionado pela fusão de duas ou mais empresas, que operam no mesmo estágio e com os mesmos produtos. A integração horizontal pode permitir que as empresas ganhem em termos de economia de escala, contem com maior poder econômico (SANDRONI, 1996).



### 3.3- População

A escolha da população onde foi efetuada a pesquisa deu-se com a fundamentação na revisão de literatura que aponta os responsáveis legais atuantes no processo da GSST e teve com base num perfil que se compreendia os seguintes critérios-base:

- Estar envolvido diretamente no modelo atual de GSST;
- Os entrevistados deverá estar no cargo no mínimo três meses;
- A instituição não deveria estar passando por processo de mudanças de cargo.
- A escolha do Estado foi feita por sorteio simples entre os estados que a pesquisadora tem contato: São Paulo - SP, Santa Catarina -SC e Mato Grosso do Sul – MS, tendo sido definido o estado de MS e, a cidade a ser estuda foi a sua capital, Campo Grande/MS.

### 3.4- Instrumentação

utilizou-se a técnica de questionário (anexos I, II, III, IV, V), que foi constituído de quatro blocos assim identificados:

- **BLOCO 1** – Identificação da instituição, missão, objetivos, diretrizes que norteiam as suas ações;
- **BLOCO 2** – Levantamento das ações dos últimos quatro anos referente a GSST;
- **BLOCO 3** – Levantamento do contexto social, político-econômica, da legislação pertinente e, de estatística do setor segurança e saúde do trabalho;
- **BLOCO 4** – Descrição do modelo atual de tomada de decisão por esta instituição;
- **BLOCO 5** – Levantamento dos Sistemas de Informação Gerencial – SIG, utilizado por esta instituição.

Estas informações foram coletadas nas seguintes instituições: Ministério do Planejamento do Governo Federal; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Previdência e Assistência Social; Ministério do Meio Ambiente; Conselho Nacional de Saúde; Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria de Estado de Assistência Social, Cidadania e Trabalho; Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador; Secretaria Municipal de Saúde; Sindicato dos Trabalhadores e, Sindicato Patronal.

Em seguida, de posse das informações levantadas, foi identificado e enquadrado os objetivos e as atividades de cada ator, em nove processos básicos.

1. Processos de Segurança no Trabalho: são os processos utilizados para prevenir e manter a segurança do trabalhador, tornando os postos laborais mais seguros. Incluem fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho e o cumprimento das normas,
2. Processos de Saúde no Trabalho: são os processos utilizados ao atendimento e assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho.
3. Processos de Previdência e Assistência Social: são os processos utilizados na perícia médica, reabilitação profissional e pelo pagamento dos benefícios junto aos trabalhadores.
4. Processos de Preservação do Meio Ambiente: são os processos utilizados nas intervenções da degradação do meio ambiente pela ação laboral de indivíduos e pelo abalo de sua saúde em decorrência a este ato.
5. Processos de Representação Sindical do Trabalhador: são os processos utilizados pelos sindicatos dos trabalhadores sobre o entendimento e acompanhamento e intervenção junto a GSST.
6. Processos de Representação Sindical Patronal: são os processos utilizados pelos sindicatos patronal sobre o entendimento e acompanhamento e intervenção junto a GSST.
7. Processos do Conhecimento sobre o Sistema de Segurança e Saúde do Trabalho: são os processos utilizados para a obtenção do acervo da produção científica nesta área.
8. Processos de Desenvolvimento do Trabalhador: são os processos utilizados para a formação, treinamento e aperfeiçoamento do trabalhador.
9. Processos de Monitoramento: são os processos de controle das ações.

Todos esses processos relacionam-se entre si, de modo que se interpenetram e se influenciam reciprocamente. Cada processo tende a favorecer ou prejudicar os demais, quando bem ou mal utilizados. Um Processo de Segurança do Trabalho mal feito, por

exemplo, pode exigir mais do Processo de Previdência e Assistência Social para compensar as suas falhas, aqui representada pelo acidente do trabalho, devido à falha na fiscalização das condições ambientais e/ou cumprimento das normas. Além do mais, todos esses processos serão desenhados de acordo com as exigências organizacionais internas para obter a melhor compatibilização entre si.

Após a coleta e análises dos dados, houve suporte teórico para a explicação de um modelo de organização para a formação e explicação do desenvolvimento de referencial teórico para o SIG em GSST dentro deste novo contexto sócio-econômico.

### **3.5- Coleta de Dados**

A coleta de dados deu-se no período de março de 2003 a junho de 2005. Com relação ao retorno de questionários (sindicatos patronal e dos trabalhadores), adotou-se o critério de MARCONI E LAKATOS (1996) que estimam o retorno em 25% suficientes para a realização das análises.

A obtenção dos dados deu-se de forma vagarosa devido a uma série de entraves encontrados pela pesquisadora, relatados a seguir:

– Governo Federal - Ministério do Planejamento (ANEXO I): foi consultado o site do Ministério do Planejamento e Orçamento da União e, uma vez não conseguindo acessar aos questionamentos propostos pela pesquisadora para o entendimento da atual gestão, utilizou-se o recurso “fale conosco” enviando o anexo I. A resposta levou sessenta e sete dias para chegar à pesquisadora.

- Ministério da Saúde: a maior dificuldade encontrada em obter informações sobre este ministério, mais especificamente sobre a saúde do trabalhador, se deu pela não adequação ergonômica do site para a obtenção das respostas. Além disso, houve mudança do modelo do site, dificultando mais ainda a interação. Optou-se em telefonar para Brasília a fim de se ter esclarecimentos, o que foi prontamente atendido. Contudo, as informações referentes sobre o acesso ao Conselho Nacional da Saúde, não estavam atualizados, prejudicando a análise.

- Ministério do Trabalho e Emprego e Delegacia Regional do Trabalho- DRT/MS: O número reduzido de fiscais e da dificuldade do agendamento com a Delegada responsável por esta DRT, atrasou a coleta dos dados. Em um primeiro contato, poucas informações pode ser obtida pois, o fiscal que atendeu afirmou que tudo o que se queira obter de informações estava no site da DRT. De posse desta informação, tentou-se novamente consultando o site, não

tendo resultado positivo. Agendou-se mais uma visita e, outro fiscal atendendo respondeu a todas as questões, repassando, também, as que cabiam para a Delegada responder. Entre a primeira entrevista até o último contato com a DRT/MS, somaram-se 75 dias.

- Ministério da Previdência e Assistência Social e Unidade Regional do INSS: Problemas de demora da devolução do questionário e, quando percebido tal fato, a pesquisadora optou por fazer entrevista pessoal. Contudo, houve mudança de chefia da unidade regional, em dezembro de 2003. Teve que se esperar o concurso público, bem como a indicação do presidente da República para o preenchimento do cargo. Devido aos critérios estabelecidos, aguardou-se por mais três meses para que a nova chefia pudesse se familiarizar com a administração e, após este período, foi entregue o questionário pertinente a este setor. A chefia respondeu que os dados poderiam ser obtidos pelo setor de qualidade e pelo site institucional, dados estes que, foram feitos antes da mudança da chefia, ficando sem respostas algumas perguntas.

- Ministério do Meio Ambiente e Secretaria Estadual de Saúde de MS: sem problemas no atendimento

- Secretaria Estado de Assistência Social, Cidadania e Trabalho/MS: não entrega do questionário que foi enviado por correio, e-mail e não disponibilidade de tempo da Secretária para atender a entrevista.

- Conselho Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho/MS: recusa do presidente do Conselho em responder o questionário, impedimento do secretário em questão para responder o questionário. Optou-se por entrevistar dois conselheiros que esclareceram sobre a atitude do presidente do conselho.

- Secretaria Municipal de Saúde - Campo Grande- MS: sem problemas no atendimento.

- Sindicato dos Trabalhadores: os questionários foram enviados via e-mail e correio, totalizando 84 (oitenta e quatro) e, de retorno 21 (vinte e um), a análise das respostas foi realizada.

- Sindicato Patronal: os endereços para contato foram obtidos junto a Federação das Indústrias de Mato Grosso do Sul – Casa da Indústria e, no catálogo telefônico, totalizando 23 (vinte e três). No primeiro momento, foram enviados os questionários via correio e, após sessenta dias sem resposta, o envio foi via e-mail, pelos endereços fornecidos na casa da indústria e, nos demais, por intermédio de contato telefônico. Quando obtido o retorno de 25 % 6 (seis), a análise foi realizada.

## **4- GSST NO CONTEXTO FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL**

### ***4.1 – Considerações Iniciais***

A GSST, nas três esferas governamentais, caracteriza-se pela ação conjunta dos atores, refletindo na qualidade ou não do atendimento das necessidades do usuário/cidadão.

Ao se realizar a análise de abordagem integrada das inter-relações entre as questões de Segurança e Saúde do Trabalho – SST, meio ambiente e o modelo de desenvolvimento adotado, deve-se levar em consideração o desafio que é para o Estado Brasileiro devido a sua grande extensão territorial; a pluralidade da cultura brasileira; a diversidade econômica regional; os diversos níveis de tecnologia adotada, bem como o grau de interesse dos diversos atores.

Antes de se iniciar a apresentação e discussão dos dados obtidos juntos aos atores analisado, cabe aqui apresentar e discutir dados estatísticos mais recentes sobre SST.

Segundo estimativa do IBGE (PNAD, 2002), a PEA era de 82.902.480 pessoas, das quais 75.471.556 eram consideradas ocupadas. Destas, 41.755.449 eram empregadas, sendo que 22.903.311 com carteira assinada; 4.991.101 eram militares ou estatutários e, 13.861.037 não tinham a carteira assinada ou sem declaração; 5.833.448 eram empregados domésticos (1.556.369 com carteira assinada; 4.275.881 sem carteira assinada e, 1.198 sem declaração); 14.224.328 eram trabalhadores por conta-própria; 3.314.084 eram empregadores; 3.006.860 eram trabalhadores na produção para o próprio consumo e construção para o próprio uso e, 4.334.387 eram trabalhadores não remunerados.

Pôde-se observar que entre os 75.471.387 trabalhadores ocupados em 2002, 22.903.311 que tinham carteiras assinadas, possuíam cobertura da Legislação Trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho – SAT, conforme IBGE (PNAD, 2002).

A tabela 1 apresenta os dados obtidos junto ao IBGE (PNAD, 2002) com relação à população e mercado de trabalho.

Tabela 1 - Distribuição dos Trabalhadores e Situação no Mercado de Trabalho, Brasil, 2002.

Descrição	Estimativa
<b>População Residente</b>	<b>171.664.536</b>
Homens	83.720.199
Mulheres	84.944.337
<b>PEA*</b>	<b>82.902.480</b>
Ocupados	75.471.556
Desocupados	4.430.924
<b>População Ocupada*</b>	<b>75.471.556</b>
<i>Empregados</i>	<b>41.755.449</b>
Com carteira	22.903.311
Militares e estatutários	4.991.101
Outros (inclui sem declaração)	13.861.037
<i>Trabalhadores domésticos</i>	<b>5.833.448</b>
Com carteira	1.556.369
Sem carteira	4.275.881
Sem declaração	1.198
<i>Conta-própria</i>	<b>14.224.328</b>
<i>Empregadores</i>	<b>3.314.084</b>
<i>Não remunerados</i>	<b>4.334.387</b>
<i>Trabalhadores na produção para o próprio consumo e construção para o próprio uso</i>	<b>3.006.860</b>

Fonte: IBGE (PNAD, 2002).

\* COM 16 ANOS OU MAIS.

Pela análise do IBGE (PNAD, 2002), observou-se o aumento da diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho, além do crescimento informal e do trabalho precário, levando a baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas dos trabalhadores.

Outro dado constatado diz respeito à distribuição dos trabalhadores segundo os setores produtivos, chamando atenção para os seguintes setores: agrícola – 19,53%; do

comércio e reparação – 17,15% e, de indústria de transformação – 13,72% da população ocupada.

As condições e ambientes de trabalho diversificado, coexistindo com processos de produção modernos, com adoção de tecnologias e métodos gerenciais sofisticados em conjunto com formas arcaicas e artesanais que utilizam técnicas obsoletas, dificultam o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de eliminação e controle dos riscos, incluindo a definição da forma de intervenção do Estado nos ambientes laborais e, para a atenção à saúde.

#### ***4.2- Perfil de Morte e Adoecimento Relacionado ao Trabalho***

Segundo o Grupo de Trabalho Interministerial – GTI - MPS/MS/MTE (BRASIL, 2004), a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além dos fatores de riscos ambientais (físico, químico, biológico, ergonômico e de acidentes).

Para o GTI MPS/MS/MTE (BRASIL, 2004), o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil caracteriza-se pela coexistência de três fatores:

1. Agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típico e as “doenças profissionais”;
2. Doenças que têm sua frequência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas “doenças relacionadas ao trabalho” e,
3. Doenças comuns ao conjunto de população que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores.

Outra informação agravante destacado pelo GTI MPS/MS/MTE (BRASIL, 2004), está na afirmação da escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores que vêm a dificultar a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de Saúde do Trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e de trabalho. Além disso, as informações disponíveis referem-se apenas aos trabalhadores empregados e cobertos pelo SAT da previdência social, que representam cerca de um terço da PEA.

Em termos estatísticos, segundo GTI MPS/MS/MTE (BRASIL, 2004), no período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente (média de 3.059 óbitos/ano), entre os

trabalhadores formais, a média de 22,9 milhões em 2002; o coeficiente médio de mortalidade no período considerado foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores (MPS, citado por Brasil, 2004). Este coeficiente, quando comparado com outros países como Finlândia, França, Canadá e Espanha, demonstra que o risco de morrer por acidentes de trabalho no Brasil é cerca de duas a cinco vezes maior que nestes outros países.

Neste mesmo período, o INSS concedeu 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente devido a acidente de trabalho, sendo a média de 3.235 auxílios-doença e aposentadoria por invalidez por dia útil e, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2004).

O atual sistema de segurança e saúde do trabalhador carece de mecanismos que contemplem medidas de prevenção; que responsabilizem os empregadores; propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado; diminua a existência de conflitos institucionais; tarifem de maneira mais adequada as empresas e, possibilitem um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.

A precariedade de uma gestão da SST mais efetiva reflete diretamente no MPS, quando da concessão dos benefícios e, indiretamente na sociedade, que arca com este ônus.

Em 2003 os gastos da Previdência Social com pagamentos de benefícios acidentários e aposentadoria especial, totalizaram cerca de 8 bilhões de reais. Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho, segundo GTI MPS/MS/MTE (BRASIL, 2004).

A ausência de dados sobre os custos da assistência médica, hospitalar e ambulatorial sobre as vítimas de agravos relacionados ao trabalho na rede pública, dificulta a identificação e o dimensionamento de fontes de custeio socialmente mais justas para as ações em SST.

Finalizando, o número de dias de trabalho perdidos em razão dos acidentes, aumenta o custo da mão-de-obra no Brasil, encarecendo a produção e reduzindo a competitividade do país no mercado externo. Estima-se que o tempo de trabalho perdido anualmente devido aos acidentes de trabalho seja de 106 milhões de dias no mercado formal, considerando-se os períodos de afastamento de cada trabalhador (BRASIL, 2004). Uma vez apresentado o contexto atual da SST, passa-se a exposição do que foi obtido de cada ator social.



### **4.3 – Identificação dos atores**

Baseado no levantamento bibliográfico (leis, portarias, decretos e produção científica na área) chegou-se aos seguintes atores:

- Governo Federal: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Conselho Nacional da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego; FUNDACENTRO; Ministério do Meio Ambiente e, Ministério Público da União.
- Governo Estadual: Secretaria Estadual de Saúde; Conselho Estadual de Saúde; Secretaria Estadual de Assistência Social, Cidadania e Trabalho; Conselho Estadual de Segurança e Saúde do Trabalho/MS.
- Governo Municipal: Cidade de Campo Grande: Secretaria Municipal de Saúde pública – SESAU e, Conselho Municipal de Saúde.
- Sociedade Civil: Sindicato dos Trabalhadores e patronal, IES e instituições de pesquisa.

As ações que se refere aos últimos quatro anos compreendem o período de 2001 a 2004.

### **4.4 – Governo Federal**

#### *a)- Ministério do Planejamento*

Em um primeiro momento, procurou-se obter as informações sobre o atual Governo Federal, consultando-se o site do Ministério de Planejamento: <http://www.planejamento.gov.br>. Entretanto, houve dificuldades para se obter as informações necessárias.

Como estava no período de transição deste Governo, o questionário sobre o Governo Federal (anexo I), foi enviado ao Ministério do Planejamento, após ter-se esperado o período de três meses da posse do novo Presidente da República, Sr. Luís Inácio Lula da Silva, atendendo critérios estabelecidos na metodologia proposta neste estudo.

A resposta demorou 67 dias para retornar e, foram obtidas as seguintes informações:

A missão do Governo Lula está transcrita no Plano Plurianual – PPA - 2004-2007 (BRASIL, MINISTÉRIO do PLANEJAMENTO e ORÇAMENTO, 2003), apontando o

combate à fome e a miséria; geração de empregos e inclusão social por intermédio do desenvolvimento sustentado com equidade social.

As estratégias adotadas por este governo para enfrentar as questões sobre SST, meio ambiente, previdência social, geração de emprego e, trabalho informal, no item quatro e nove do referido PPA, onde afirma que

*4. A estratégia norteia a formulação e seleção dos programas que o integrarão, bem como a avaliação de sua execução e consistência no correr do tempo. É composta pela Orientação Estratégica de Governo, exposta neste documento, e pelas Orientações Estratégicas dos Ministérios, que definem os objetivos das políticas setoriais voltados à concretização dos compromissos de governo. Com base nestes elementos serão formulados, definidos e detalhados todos os programas e ações que comporão o PPA 2004-2004.*

*9. O PPA 2004-2007 terá como objetivo inaugurar as seguintes estratégias de longo prazo: inclusão social e desconcentração da renda com crescimento do produto e do emprego; crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e pela elevação da produtividade; e da redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão de atividades competitivas que viabilizem esse crescimento sustentado. As políticas e programas que darão substância a essa estratégia distribuem-se em cinco dimensões: social, econômica, regional, ambiental e democrática. [...] (BRASIL, MINISTÉRIO do PLANEJAMENTO, p.2 e 3, 2003).*

No item quarenta e um deste PPA, o Governo Federal coloca a preocupação com programas que visem além de transferir renda, contribuam para absorver os trabalhadores de menor qualificação, melhorando as condições do mercado de trabalho e os salários para estes trabalhadores, reforçando o objetivo de melhorar a distribuição de renda. Notou-se, pela exposição das estratégias, a preocupação deste governo na qualificação profissional e distribuição de renda, de forma a proporcionar uma maior inclusão social do cidadão.

Na dimensão social no item cinquenta e três, o governo apresenta várias ações que objetivam a implementação das políticas sociais:

- Ações necessárias para fortalecer os direitos aos serviços sociais, na direção do acesso universal e de qualidade a esses serviços sendo eles: previdência, assistência, saúde, educação, capacitação, transporte coletivo, habitação, saneamento, segurança pública, cultura, esporte e lazer.
- Ações necessárias para fortalecer a geração de emprego e renda e melhorar as relações e condições de trabalho, como apoio à agricultura familiar, à reforma agrária, ao microcrédito e reforma trabalhista.

- Ações dirigidas à população mais vulnerável como o Fome Zero, a Bolsa Escola e a Erradicação do Trabalho Infantil.
- Ações dirigidas à redução e preços dos bens de consumo popular, como remédios e alimentos.
- Políticas de redistribuição de renda, como elevação sistemática do salário mínimo, dos gastos sociais essenciais, redução do custo do crédito, especialmente das margens bancárias e subsídios cruzados nas tarifas de energia, água/esgoto e telecomunicações.

Na Dimensão Econômica, o item cinquenta do PPA 2004-2007 propõe orientações para elaboração e implementação dos programas e ações:

*[...] Serão fornecidas a educação e capacitação dos trabalhadores e as atividades nacionais de inovação. Sem prejuízo da pesquisa básica, a política de ciência e tecnologia terá ampla articulação com as demandas de inovação do setor produtivo e com as políticas industriais, buscando-se maior integração entre as empresas e universidades e institutos de pesquisa. Isto deve ocorrer também nas áreas de fronteira, como a biotecnologia, química fina, microeletrônica e novos materiais. [...] (BRASIL, MINISTÉRIO do PLANEJAMENTO, p. 14-5, 2003).*

Esta estratégia pôde ser verificada pelos vários programas de capacitação profissional promovido pelos órgãos públicos, seja estadual ou municipal, com recursos do Governo Federal. Com relação ao apoio técnico-científico, o CNPq abriu vários editais, no período de 2003-2004, de chamadas de projetos que atendiam esta orientação, nos diversos setores (educação, ciências sociais, saúde, engenharias, entre outros).

Na Dimensão Regional, o Governo Federal apresenta nos itens sessenta e dois e sessenta e três preocupação com o desenvolvimento das regiões mais frágeis:

*62. É necessário ainda tratar as áreas mais frágeis numa perspectiva sub-regional diferenciada no que tange ao gasto social e às políticas de emprego e renda. A intenção é estimular uma convergência das prioridades de gasto da União, estados e municípios, num conjunto de políticas estruturantes (transferência de renda, saneamento, habitação, saúde, educação, informação e conhecimento, meio ambiente, associadas todas a uma política “sob medida” de emprego e renda), gerenciadas de forma articulada, visando ao desenvolvimento local.*

*63. A estratégia regional contempla, em especial, as potencialidades econômicas do Nordeste, da Amazônia e do Centro-Oeste; e dá atenção diferenciada às zonas deprimidas, cuja integração à dinâmica de crescimento nacional é um dos desafios centrais para a desconcentração da renda. O fortalecimento dos arranjos produtivos locais confere ao País uma oportunidade singular para a desconcentração espacial da produção e a valorização dos recursos potenciais dispersos no território nacional. (BRASIL, MINISTÉRIO do PLANEJAMENTO, p. 16-7, 2003).*

Para atender a estas orientações, pode-se citar como exemplo, a abertura de editais lançados pelo CNPq, voltados para apoio de projetos que observassem estes dois itens.

A dimensão Democrática foi contemplada com oito orientações, das quais destacou-se para este estudo (BRASIL, MINISTÉRIO do PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO e GESTÃO, 2003):

*72. A dimensão democrática tem por objetivos o fortalecimento da cidadania e a garantia dos direitos humanos – políticos, sociais e civis, a transparência do setor público com o controle da sociedade, descentralização, planejamento participativo e gestão pública orientada para o cidadão, a segurança pública e a defesa da soberania nacional. O combate às desigualdades econômicas e sociais é entendido como condição necessária para que seja garantido a todos os brasileiros e brasileiras o status de cidadãos, homens e mulheres realmente iguais perante o Estado (p. 18-9).*

*73. A estratégia prevê o desenvolvimento de relações plurais e democráticas, baseadas na equidade, sem os preconceitos de raça e etnia e com oportunidades iguais em todos os aspectos da vida social. Serão fortalecidas e ampliadas as conquistas alcançadas pelas mulheres e será combatida tenazmente a discriminação racial, que não apenas causa danos materiais, simbólicos e culturais para toda população, mas agride a essência da própria democracia. E será igualmente combatida a discriminação aos portadores de necessidades especiais, aos jovens, às pessoas de terceira idade, aos migrantes de regiões historicamente abandonadas ou golpeadas por crises econômicas e sociais e aos estrangeiros pobres provenientes de outros países. (p.19).*

*74. O fortalecimento da democracia requer também o combate ao autoritarismo, à desigualdade e ao clientelismo. Será promovido um gigantesco esforço de desprivatização do Estado, colocando-o a serviço do conjunto dos cidadãos, em especial dos setores socialmente marginalizados. (p. 20).*

*78. A melhor arma contra o desperdício e a corrupção é a consolidação de um Estado eficiente, ágil e controlado pelos cidadãos. O compromisso com a cidadania exige que a formulação, a implementação e a avaliação do PPA 2004-2007 sejam acompanhadas por intensas consultas e debates com a sociedade civil organizada e com representações dos governos estaduais e municipais (p. 20).*

*79. O caráter participativo deste PPA é uma fórmula de enriquecimento permanente do planejamento e da gestão das ações do Governo Federal, conferindo-lhes transparência e maior eficácia social. A sociedade brasileira será fortemente ouvida no processo de construção do PPA 2004-2007, a ser apresentado para deliberação do Congresso Nacional no final de agosto de 2003. A ampliação da participação da sociedade nas escolhas de políticas públicas será uma grande diferença deste PPA. Esse processo já começou dentro do próprio Governo Federal e está sendo estendido à sociedade civil organizada (p. 20).*

Em se tratando dos sistemas de informações para tomada de decisão, este ministério informou que cada ministério tem seus sistemas e que as decisões são tomadas de forma participativa, conforme orientação das estratégias do PPA 2004-2004.

Pôde-se verificar que a preocupação do Governo Federal centrou-se nas questões de crescimento sustentável, emprego, inclusão social, participação da sociedade no processo de construção de políticas que tragam a equidade social e econômica, com controle social. Porém, os meios de comunicação entre a sociedade civil e o governo não correspondem ao novo modelo de gestão adotado, o GESPÚBLICA, conforme abordado no capítulo dois deste estudo. Há deficiência no compartilhamento de informações, na transparência das ações e, na própria relação Governo e Servidores Públicos dos vários Ministérios, quando das condições de trabalho e, nos acordos salariais que resultaram em vários períodos de greve, observados no período de 2002-2004 em vários setores do governo federal, dificultando o acesso ao serviço pelo usuário/cidadão.

A proposta deste novo modelo de gestão, teoricamente aparenta orientar a instituição pública federal a ter um planejamento focado no resultado, ou seja, no atendimento das necessidades do usuário/cidadão, mas que, na prática, requer muito mais do que isto requer uma mudança de cultura organizacional que deve ser discutida nas bases para que se entenda este novo enfoque e, que as ações sejam realizadas de modo mais eficiente<sup>5</sup> e efetivo<sup>6</sup>.

O PPA 2004-2007 apresenta uma proposta ousada principalmente no que diz respeito ao controle social e, no atendimento dos interesses dos diversos atores que estão envolvidos nas várias esferas governamentais e da sociedade civil. A discussão que cerca este PPA está na implementação das ações e o seu efetivo controle.

Para tanto, passa-se a estudar os ministérios e verificar como se dá o cumprimento destas estratégias.

#### *b)- Ministério da Saúde (anexo II)*

O Ministério da Saúde tem como atribuição:

*Dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde e dando qualidade de vida ao brasileiro. [...] Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS. Foram mudanças profundas na Saúde Pública brasileira que exigiram, para sua implantação e funcionamento, o aprimoramento do sistema de informação em saúde. Em suma, compete ao Ministério da Saúde: política nacional de saúde; coordenação e fiscalização do Sistema Único de*

---

<sup>5</sup> : “Em projeto experimental diz-se que, são procedimentos que usados com menos recursos para a obtenção de um mesmo resultado (Vogt, 1993)”.

<sup>6</sup> “Capacidade para realizar bem um objetivo (Vogt, 1993)”.

*Saúde; Saúde Ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; informações de saúde; insumos críticos para a saúde; ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos; pesquisa científica e tecnologia na área de saúde (MINISTÉRIO da SAÚDE, p. 1, 2004).*

Para a instituição, Saúde do Trabalhador define-se:

*Como a área da saúde pública que tem como objeto de estudo e de ação as relações entre o trabalho e a saúde, tendo como objetivo maior à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores mediante, prioritariamente, o desenvolvimento de ações de vigilância sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, sobre as condições de trabalho e sobre os agravos à saúde dos trabalhadores. A saúde do trabalhador contempla, também, a organização e a prestação da assistência ao trabalhador, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada ao SUS (MINISTÉRIO Da SAÚDE, p. 3, 2000).*

Dentro do Ministério da Saúde, há a comissão da Saúde do Trabalhador que foi criada para assessorar o Conselho Nacional de Saúde – CNS (este ator será tratado separadamente) sobre a área temática. Houve a criação de um observatório em Saúde do Trabalhador que tem como objetivo:

*Divulgar indicadores de saúde do trabalhador para a construção de um sistema de vigilância e de acompanhamento sobre os agravos à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente; publicar indicadores de impacto, gestão e de avaliação da qualidade e cobertura da atenção Integral à Saúde dos trabalhadores; divulgar documentos visando às ações na área de saúde do trabalhador; estabelecer a troca de experiências entre profissionais da área de saúde; pesquisadores e Movimento social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).*

Na tentativa de se ter uma visão interministerial, foi aprovado pela Portaria nº153, de 13 de fevereiro de 2004, o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) MPS/MS/MTE (BRASIL, MPS/MS/MTE, p. 3, 2004), que tem como atribuições:

- a) Reavaliar o papel, a composição e a duração do Grupo Executivo interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT (instituído pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997);*
- b) Analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas pra a segurança e saúde do trabalhador;*
- c) Elaborar proposta de Política Nacional de segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do governo;*
- d) Analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos Ministérios, individual ou conjuntamente e,*

- e) Compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada Ministério.*

Com relação às ações efetuadas por esta instituição nos últimos quatro anos, constatou-se as seguintes ações:

1. Apoio à implantação e implementação de ações de saúde do trabalhador no SUS, junto aos Estados e Municípios: prestar acompanhamento e assessoria técnica aos estados e municípios visando o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, no contexto das ações de atenção à saúde da população, tais como: a vigilância dos riscos e agravos à saúde decorrentes dos ambientes e processos de trabalho, e a melhoria do atendimento aos acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho.
2. Elaboração, atualização e proposição de normas: coordenar a elaboração, atualização e proposição de normas técnicas que orientem a organização e a operacionalização das ações de saúde do trabalhador no SUS.
3. Organização de informações em saúde do trabalhador no SUS: organizar e operacionalizar informações em saúde do trabalhador, com a criação de mecanismos e instrumentos de acompanhamento relacionados à situação de saúde e às suas condições determinantes.
4. Apoio à formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no SUS: apoiar a capacitação de profissionais da rede de serviços do SUS para realizarem ações em saúde do trabalhador.
5. Sistematização e disseminação de informações em saúde do trabalhador no SUS: conhecer os agravos relacionados com o processo de trabalho para direcionar as ações nos serviços de saúde do trabalhador do SUS, bem como, pesquisas e estudos na área.
6. Participação no desenvolvimento de ações de formação e capacitação de recursos humanos necessários à realização de ações de saúde do trabalhador no SUS.
7. Participação nos Fóruns de Discussão e Proposição da Política de Saúde do Trabalhador: divulgar e discutir a implementação e operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador proposta na II Conferência

Nacional de Saúde do Trabalhador, buscando contribuir para a sua institucionalização no SUS.

8. Conhecer os agravos relacionados com o processo de trabalho, no sistema SIH/SUS objetivando direcionar as ações nos serviços de saúde do trabalhador na Rede do SUS.
9. Inclusão na tabela SIA/SUS de procedimentos específicos para as ações de assistência à saúde dos trabalhadores, contribuindo para a institucionalização da área no SUS.
10. Elaboração de lista de doenças relacionadas com o processo de trabalho, visando instituir referência de agravos relacionados com o processo de trabalho no âmbito do SUS.

As dificuldades encontradas no atendimento aos objetivos fixados junto à Saúde do Trabalhador estão centradas nas ações de formação e capacitação de recursos humanos e, dificuldades administrativas e financeiras, sendo estes fatores impeditivos da implementação da totalidade das ações planejadas, alcançando-se parcialmente as metas propostas no Plano de Trabalho, especialmente aquelas relativas ao apoio a estados e municípios. Há ainda a necessidade de estratégias de articulação que propiciem a captação de recursos financeiros de outras fontes para área, bem como a ampliação de Serviços de Saúde do Trabalhador, na rede de serviços do SUS.

Além dos itens acima citados, outras dificuldades encontradas no atendimento aos objetivos fixados junto à Saúde do Trabalhador estão refletidas no documento apresentado pelo GTI MPS/MS/MTE (BRASIL, 2004) que consiste na aplicação das leis (NRs) no ambiente laboral, controle das empresas por intermédio de uma fiscalização mais efetiva e mais educativa do que punitiva (com apresentação de projetos que visem orientar as empresas como tornar o ambiente laboral mais “saudável” ao invés de se aplicar multas; melhora na qualidade das informações obtidas junto ao SUS quando se tratar da Saúde do Trabalhador), neste item, o Ministério da saúde afirma que está trabalhando na qualificação dos trabalhadores do SUS, quanto ao preenchimento correto dos campos de dados, na recepção do trabalhador/cidadão, nas Unidades Básicas de Saúde.

Em uma nota técnica referente à assistência ao acidentado do trabalho emitida pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995), estabelece um plano geral de implementação do Programa Integrado de assistência ao acidentado do trabalho – PIAT, programa este custeado com



recursos da Seguridade Social oriundos do INSS/MPAS e do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, tendo como objetivo central melhorar a qualidade da assistência à saúde nos casos de acidentes do trabalho e doenças profissionais relacionadas ao trabalho.

As diretrizes estabelecidas por este programa ficaram assim estabelecidas:

- a) Universalidade e equidade, abrangendo todos os trabalhadores, que devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção;
- b) Integralidade das ações articulando ações individuais/curativas com ações coletivas de vigilância já que, na sua maioria, os agravos à saúde advindo do trabalho são previsíveis;
- c) Direito à informação sobre a saúde, adotando como prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores;
- d) Participação e controle social, inclusive com a participação direta dos trabalhadores nas atividades de vigilância dos riscos e agravos à saúde advindos do trabalho;
- e) Regionalização e hierarquização, onde as ações de saúde do trabalhador, desde as básicas até as especializadas serão desenvolvidas na rede de serviços, obedecendo a um sistema de referência e contra-referência local e regional. Utilização do critério epidemiológico no planejamento e na avaliação das ações no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos.

A operacionalização deste Programa se dá, inicialmente, pela necessidade de criação de mecanismos e instrumentos de acompanhamentos, por intermédio do sistema de informação, ficando determinado que, Em nível central (Governo Federal), deve-se incluir um campo que relacione a informação do atendimento, do procedimento e dos agravos com o trabalho em todos os instrumentos de coleta e de notificação que fazem parte do Sistema de Informações em Saúde.

Nos níveis estadual e municipal cabe:

- Notificar os agravos à saúde relacionados com o trabalho e, alimentar o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, bem como as bases de dados nacionais.
- Estabelecer prática rotineira de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no atendimento dos agravos à saúde relacionados ao trabalho de

modo a orientar as intervenções de atenção, assim como a elaboração e revisão dos planos de saúde.

- Criar e manter atualizado cadastro das empresas, classificados nas atividades econômicas desenvolvidas na área de abrangência, associando ainda os fatores de risco por eles gerados e o contingente populacional a eles submetidos.
- Além da notificação normal, o serviço de saúde responsável pelo diagnóstico do acidente do trabalho ou doença profissional ou relacionada ao trabalho, deverá acionar setores de vigilância em saúde da área de abrangência e localização da empresa, visando o desencadeamento de medidas preventivas e de controle sobre o ambiente, processos e condições de trabalho, sendo que este procedimento deverá ser observado por todos os serviços de saúde, inclusive os serviços médicos de empresa.

O processo do planejamento, controle e avaliação deste programa, cabem aos estados e municípios através das secretarias de saúde, definir e/ou implementar mecanismos de controle e avaliação.

Em nível nacional, vem chamando a atenção deste Ministério às lesões de punho e da mão, representando 34,20% dos acidentes e, o trabalho em máquinas e equipamentos obsoletos e inseguros são responsáveis por cerca de 25% dos acidentes de trabalho grave e incapacitantes. Em nível local, no Estado de Mato Grosso do Sul, são os acidentes com animais peçonhentos, fratura por queda, intoxicação por pesticidas, acidentes estes relacionados às atividades rurais que se destacam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), as ações a serem tomadas por esta instituição Em nível local são decididas a partir da demanda local, por intermédio de indicadores, informado pelos dados obtidos no RNIS e VIGISUS.

Com relação ao item 12 do questionário do anexo II, não houve resposta.

Os sistemas de informações gerenciais utilizados pelo Ministério da Saúde em se tratando a saúde do trabalhador, são: SIM, PNI, SIAB, SIA/SUS, SIH/SUS, SISCOLO, VIGISUS e Censos e Estimativas populacionais.

Os objetivos dos sistemas são:

- SIM: o Sistema de Informação de Mortalidade tem como objetivo a obtenção regular de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para

subsidiar as diversas esferas de gestão do sistema para a análise de situação, planejamento e avaliação das ações dos programas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

- PNI: Programa Nacional de Imunizações visa contribuir para o controle das doenças infecto-contagiosas e imunopreviníveis (DATASUS, 2004).
- SIAB: Sistema de Informação Atendimento Básico tem como objetivo acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família (DATASUS, 2004)
- SIA/SUS: o Sistema de Informações Ambulatoriais oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle de cálculo da produção e geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (DATASUS, 2004).
- SIH/SUS: o Sistema de Informações Hospitalares objetiva viabilizar a efetuação do pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados em disquete das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) (DATASUS, 2004).
- SISCOLO: Sistema de Informação do Câncer da Mulher, tem como objetivo a emissão dos laudos de exames citopatológicos e histopatológicos, gerenciar a quantidade de exames finalizados e em aberto por período e gerar disquete para exportação da base coletada (DATASUS, 2004).
- VIGISUS: Sistema de Vigilância do Sistema Único de Saúde fomenta a estrutura e a implementação do sistema nacional de Vigilância e Saúde de forma descentralizada, visando capacitar e operacionalizar as estruturas responsáveis pelo sistema (Secretaria da Saúde do Estado de Sergipe, 2004).

*c) Conselho Nacional de Saúde (anexo VI):*

De acordo com o art. 1º, do capítulo I da Resolução nº 291, de 06 de maio de 1999, o CNS é um órgão de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente, criado pela lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937; é órgão específico do Ministério da Saúde, na forma do inciso 3, alínea “a”, art. 23 da Lei nº 8028, de 12 de abril de 1990; inciso IX, alínea “a”, do art.

19 da Lei nº 8490, de 19 de novembro de 1992, em conformidade com as disposições estabelecidas no Decreto 99438, de 07 de agosto de 1990; na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990; na Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990; no Decreto nº 806 e no decreto 2477, de 28 de janeiro de 1998 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

No art. 2º da mesma resolução, define que a finalidade do CNS é o de atuar na formulação e controle da execução da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

No art. 19º da Seção II, trata das comissões intersetoriais permanentes constituída por força da Lei nº 8080/90 apontam que a finalidade do Plenário do CNS é:

*[...] a de articular políticas e programas de interesse para a saúde cujas execuções envolvam áreas não integralmente compreendidas no âmbito do SUS, em especial:*  
f) *Saúde do Trabalhador.*

O questionário foi enviado ao CNS no dia 05 de julho de 2003 e nunca foi respondido e devolvido. Devido a sua agenda, com reuniões periódicas a cada bimestre, acreditou-se que, pelo volume de análise de projetos que deveriam ter, não deva ter tido disponibilidade para responder. Portanto as informações que constam este trabalho foram extraídas nas referidas Leis e Decretos citados.

As informações referentes aos itens 5 a 14 são assinaladas pelo Ministério da Saúde, não cabendo aqui repeti-las.

#### *d)- Ministério do Trabalho e Emprego*

O Ministério do Trabalho e Emprego caracteriza-se, segundo o Decreto nº 5.063, de 3 de maio de 2004, como administração direta do Governo Federal, que tem como competência os seguintes assuntos (MTE, 2004, p.2):

- I – política e diretrizes para a geração de emprego e de apoio ao trabalhador;*
- II – política e diretrizes para a modernização das relações do trabalho;*
- III – fiscalização do trabalho, inclusive do trabalho portuário, bem como aplicação das sanções previstas;*
- IV – política salarial;*
- V – formação e desenvolvimento profissional;*
- VI – segurança e saúde no trabalho;*
- VII – política de imigração;*
- VII – cooperativismo e associativismo urbanos”*

Sua missão é

*Promover políticas de emprego, trabalho e renda, garantindo políticas de desenvolvimento orientadas pela inclusão social e assegurando condições de trabalho dignas, a promoção de um novo contrato social das relações de trabalho e do estímulo ao empreendedorismo e às atividades econômicas orientadas pela autogestão (MTE, 2004).*

Criado em 1912, tendo a denominação Confederação Brasileira do Trabalho, passando por várias reformas até que em 4 de fevereiro de 1931, o Decreto nº 19.667 organiza o Ministério de Trabalho, Indústria e Comércio, conforme aponta MTE (2004).

Conta, atualmente, com vinte e seis Delegacias Regionais do Trabalho – DRT, divididos por região:

- Região Norte: Acre, Amazonas, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins.
- Região Centro-Oeste: Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul.
- Região Nordeste: Alagoas, Bahia, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe.
- Região Sudeste: Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo.
- Região Sul: Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul.

*- Delegacia Regional Trabalho no Estado de Mato Grosso do Sul*

A Delegacia Regional do Ministério do Trabalho e Emprego em Mato Grosso do Sul tem sua sede em Campo Grande e conta com sete agências de atendimento no estado: Agência do Trabalho em Aquidauana; Agência do Trabalho em Corumbá; Agência do Trabalho em Naviraí; Agência do Trabalho em Nova Andradina; Agência do Trabalho em Paranaíba; Agência do Trabalho em Ponta Porá; Agência do Trabalho em Três Lagoas.

*- Competências Básicas*

A Delegacia Regional do Ministério do Trabalho e Emprego em Mato Grosso do Sul (DRT/MS), tem a sua competência estabelecida pelo art.21 do Decreto nº 5.063, de 3 de maio de 2004 (MTE, 2004):

Art.21 – às Delegacias Regionais do Trabalho, estão subordinadas diretamente ao Ministro do Estado, compete coordenar, orientar e controlar, na área

de sua jurisdição, a execução das atividades relacionadas como a fiscalização do trabalho, a inspeção das condições ambientais de trabalho, a aplicação das sanções previstas em normas legais ou coletivas, a orientação do trabalhador, o fornecimento de carteira do trabalho e previdência social, a orientação e o apoio ao trabalhador desempregado, a medição e a arbitragem em negociação coletiva, conciliação de conflito trabalhista, a assistência na rescisão do contrato de trabalho em conformidade com a orientação e normas emanadas do ministério.

A instituição define segurança do trabalhador como as condições adequadas de trabalho de modo a evitar riscos com a saúde do trabalhador e da sua integridade física.

Os objetivos com relação ao tema consistem em eliminar os riscos dos ambientes de trabalho e diminuir os índices dos acidentes de trabalho e, doença ocupacional.

As ações efetuadas nos últimos quatro anos foram desenvolvidas em: planejamento elaborado a partir dos índices de acidentes de trabalho, obtidos pela comunicação de acidentes de trabalho (CAT), emitidas pelas empresas e enviadas para o INSS. Os maiores índices, a partir das diretrizes de Brasília, passam a ter projetos nacionais e projetos locais que visam a sua minimização.

As dificuldades encontradas por esta DRT no atendimento aos objetivos fixados junto a Segurança do Trabalhador, foram de origem operacional:

- Número limitado de recursos humanos e financeiros e,
- Ordem cultural: dificuldade de se implantar nas empresas uma cultura prevencionista tanto por parte do empregador (questão do custo do programa, p.ex.), quanto junto ao trabalhador (a empresa fornece o EPI, p.ex., protetor auricular, e o mesmo o usa pendurado no pescoço, pois “não precisa daquilo”).

As maneiras pelas quais a instituição está se utilizando para superar as dificuldades encontradas são:

- Locação de recursos: reavaliação do planejamento.
- Cultural: trabalho em longo prazo, com campanha nacional de acidente do trabalho (CANPAT) e CANPATR (rural), já que a ação ostensiva do Estado (aplicação de multas) não se traduziu em diminuição da taxa de acidentes do trabalho. Contudo, com as campanhas CANPAT e CANPATR, a queda desta

taxa foi evidenciada principalmente na área rural, depois na agroindústria e, na construção civil.

Em nível nacional, o grande desafio para MTE está na diminuição dos acidentes de trabalho na área rural, sendo o mesmo para o Estado de Mato Grosso do Sul.

Com relação à estatística em nível nacional, o grande problema está centrado na construção civil (MTE, 2004) que, segundo MTE, é um dos ramos econômicos que mais emprega. Em Mato Grosso do Sul, é o setor rural conta com um maior número de acidentes, fato este justificado pela ação que a DRT em legalizar a mão-de-obra rural, nos últimos três anos (DRT, 2004).

As ações a serem tomadas em nível local são definidas pelos maiores índices de acidente do trabalho e doença ocupacional.

As tomadas de decisões por esta instituição baseiam-se pelo programa Nacional que define as prioridades como áreas nacionais onde será injetado maior recurso financeiro, projetos locais enviados pelas DRT para escolha; planejamento, nº de fiscalização realizada por mês; número de trabalhadores no estado.

A instituição utiliza um sistema de informação gerencial determinado pelo MTE, denominado Sistema Federal de Inspeção do Trabalho – SFIT que tem como objetivo facilitar o gerenciamento do projeto, controlando as diversas etapas e a fase de avaliação.

Em se tratando da gerência de dados de saúde do trabalhador, com relação à obtenção dos mesmos, a instituição informou que não são acessíveis por serem confidenciais, sendo divulgado somente no final do ano, por Brasília, via MTE, após a sua consolidação Em nível nacional.

Sobre as técnicas de mineração dos dados, bem como se dá o *cluster*, a instituição não soube informar.

Tratando-se sobre o Fórum de Segurança e Saúde do Trabalho no Brasil e Tendências, promovido pela FUNDACENTRO/SP, em 17 de dezembro de 1999, questionou-se como estão sendo encaminhados os projetos propostos juntos esta instituição e, a mesma informou que os projetos vêm de Brasília, por intermédio do Plano Plurianual – PPA, que já foram iniciados, de acordo com a prioridade estabelecida Em nível central. Sua avaliação é realizada via e-mail, mensalmente, pelo SFIT. Por intermédio deste sistema, é realizado o controle das ações programadas (metas estabelecidas para cada DRT) que, uma vez não

cumprida, é vedado o repasse de recursos financeiro (gratificação por produtividade) para o fiscal.

A reclamação da instituição sobre as metas estabelecidas centra-se no número reduzido de fiscais, contando, atualmente com oito, sendo que dois estão fixos em duas cidades (Corumbá e Paranaíba) e, os demais devem fazer a fiscalização nos 75 municípios restantes, dificultando, deste modo, uma fiscalização mais educativa (que demanda tempo), privilegiando uma ação mais ostensiva (aplicação de multas).

*e)- FUNDACENTRO*

Segundo o MTE (BRASIL, MTe, 2003), a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO, embora criada em 1966, começou a ser idealizada em 1960, quando, preocupado com os altos índices de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, o Governo brasileiro iniciou gestões com a OIT a fim de promover estudos e avaliações do problema e apontar soluções que pudessem alterar este quadro. Em 1965, após a visita ao país de especialistas da OIT e da realização de novos estudos sobre as condições necessárias para a concretização da idéia, o Governo Federal optou pela criação de uma instituição brasileira a ser sediada em São Paulo e, durante o V Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes (CONPAT), foi oficializada a criação deste órgão.

Datam, desta fase inicial da entidade, os primeiros estudos e pesquisas realizadas no país sobre a bissinose (pneumoconiose que atinge trabalhadores do setor têxtil, expostos à poeira de algodão); a exposição de trabalhadores a inseticidas organoclorados e seus efeitos na saúde; a exposição ocupacional ao chumbo; e sobre a exposição e trabalhadores que operam martelletes pneumáticos a ruídos e vibrações; exposição de trabalhadores à sílica nos ambientes de trabalho da indústria cerâmica.

No decorrer de sua história ela demonstra a vocação pioneira em segurança e saúde no trabalho com as pesquisas sobre Lesões por esforços repetitivos – ler, hoje conhecida como Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/DORT.

Com a vinculação em 1974 da FUNDACENTRO ao Ministério do Trabalho, cresceram as atribuições e atividades da instituição. Em 1983 é concluído o Centro Técnico Nacional, cuja construção teve início em 1981.

Ela atua dentro dos princípios do tripartismo onde a instituição tem no conselho Curador sua instância máxima. Nele estão representados, além do governo, trabalhadores e empresários por meio de suas entidades representativas.



A FUNDACENTRO mantém parcerias com a OIT, com a Agência Européia para a Segurança e Saúde no trabalho e, é Centro Colaborador da OMS.

Sua missão é: Produção de conhecimentos que contribuam para a promoção da segurança e saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, visando ao desenvolvimento sustentável, com crescimento econômico, equidade social e proteção ao meio ambiente.

Os serviços prestados pela instituição são:

- Formação dos primeiros engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, médicos, enfermeiros e auxiliares do trabalho.
- Elaboração das primeiras NRs.
- Apoio técnico aos órgãos públicos que atuam na fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho;
- Emissão de laudos e pareceres que dão sustentação a decisões e ações judiciais.
- Desenvolve estudos visando a melhoria do ambiente de trabalho destacando-se: indústria da construção; máquinas injetoras; benzeno; galvanoplastia; serras circulares; trabalho portuário; padarias; transporte nas regiões urbana e rural; agricultura; emissões de incineradores; educação; pesca e mergulho; resíduos sólidos; gestão integrada de SST e Meio ambiente; gênero; Ergonomia; silicose.

Ela conta com o Centro Técnico Nacional (CNT), para desenvolver pesquisas nas áreas urbana e rural, disponibilizando amplo acervo bibliográfico, informatizado e, acesso aos principais bancos de dados nacionais e internacionais.

A difusão do conhecimento é uma preocupação constante nesta instituição, sendo realizada por intermédio de eventos como congressos, seminários, palestras e *workshops*; além de seus recursos gráfico-editoriais e audiovisuais (livros e fitas de vídeos), com vários títulos, além do periódico científico – Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.

*e)- Ministério da Previdência e Assistência Social (anexo IV)*

O Ministério da Previdência e Assistência Social caracteriza-se como administração direta do Governo Federal, que atua na proteção social que assegura o sustento do trabalhador e de sua família, quando ele não pode trabalhar por causa de doença, acidentes, gravidez prisão, morte ou velhice.

O atendimento se dá nos postos regionais, que tem a direção do gerente regional em cada Unidade Federativa.

A Previdência Social mantém dez benefícios, sendo eles: aposentadoria por idade; aposentadoria por invalidez; aposentadoria por tempo de contribuição; aposentadoria especial; auxílio-doença; auxílio-reclusão; auxílio-acidente; pensão por morte, salário-maternidade, salário família.

De acordo com o art. 194 da CF (BRASIL, CF, 1998),

*[...] a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.*

*Parágrafo único: Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:*

*I – universalidade da cobertura e do atendimento;*

*II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;*

*III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;*

*IV- irredutibilidade do valor dos benefícios;*

*V- equidade na forma de participação no custeio;*

*VI- diversidade da base de financiamento;*

*VII- caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.*

Segundo MPS (2003), em setembro de 2002 foi realizado em Brasília o *Workshop* “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”, onde diversos palestrantes (QUIRÓS, 2002; SANTOS, 2002; BARRÓN, 2002; ÁVILA, 2002; ARIAS, 2002; FERNANDEZ, 2002; SCHUBERT, 2002; GUGEL, 2002; HURNKOHL, 2002; CAPUTO, 2002, entre outros) nacionais e internacionais, fizeram exposição sobre estudos deste assunto.

Sobre as tendências internacionais do Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT), QUIRÓS (2002) aponta que deve haver adoção de conceitos universais entre as nações; harmonização das estatísticas; na elaboração de mapas de riscos em todo tipo de empresa (micro, pequena, média e grande); estudo mais profundo sobre o custo do acidente do trabalho; adoção de sistemas de gestão mais flexíveis, dinâmicos e eficientes; promoção da prevenção de acidentes nas empresas; apoio financeiro para o desenvolvimento de projetos voltados a diminuir o índice de sinistro; planejamento dos sistemas de controle, consolidação

de uma cultura orientada para a segurança e saúde no trabalho e, políticas coordenadas e consensuadas com todos os atores.

A prevenção laboral, segundo a autora, deve ser global por intermédio de ações tais como:

- Responsabilidade do empregador de criar um ambiente de trabalho seguro e saudável, especialmente nas pequenas e médias empresas.
- Responsabilidade do empregador de contribuir para a proteção do meio ambiente.
- Direitos e deveres de participação dos trabalhadores nas ações de proteção laboral e do meio ambiente.
- Cooperação entre empregadores e trabalhadores.
- Assistência e supervisão por parte das organizações ativas de prevenção.

Os métodos e instrumentos da prevenção devem contemplar medidas técnicas, medidas de motivação, informação e ação sobre o comportamento humano e, medidas organizativas. A informação e comunicação da prevenção devem se dar por intermédio de campanhas de informação destinadas ao conjunto da população; campanhas de informação dirigidas a empregadores e trabalhadores e, campanhas de prevenção, assessoramento e motivação individual dirigida aos trabalhadores, finaliza QUIRÓS (2002).

Para BARRÓN (2002), há três temas que definem as tendências dos riscos do trabalho na América:

1. Maiores riscos que trazem as trocas no mercado de trabalho.
2. O papel do Estado na segurança e saúde no trabalho.
3. Necessidade de informação para dimensionar os problemas.

Em se tratando do primeiro item, Barrón afirma que as transferências tecnológicas, as reformas e as trocas de informação entre os empregadores influenciam na transformação da força de trabalho, levando a trabalho precário, ao trabalho informal, a criação de micro e pequenas empresas em decorrência do desemprego e, a discriminação de grupos.

Explanando sobre o trabalho precário, Barrón afirma que as conseqüências da nova estrutura do mercado laboral levou muitos trabalhadores ao emprego temporário, empregos múltiplos (mais comumente denominados no Brasil de “bico”), trabalhos de tempo parcial.

Este tipo de emprego tem como característica a pouca expectativa de tempo de serviço, incertezas e uma débil relação contratual. Os riscos apontados são: menos treinamento; menos preocupação sobre os direitos, o não conhecimento sobre quem é o empregador, maximização da produção e minimização do tempo, sentimento limitado pelo seu *status* social.

Os riscos da informalidade apontados por Barrón são: a exclusão do trabalhador da seguridade que o governo oferece; concentra as atividades em indústrias com alto risco; falta de fiscalização governamental (inspeções no ambiente de trabalho); tamanho da pequena empresa; concentração de atividades laborais de mulheres, crianças e idosos; pobreza e más condições de vida, implicando na piora da saúde da população.

Os riscos nas pequenas e micro-empresas centram-se no alto custo fixo; no baixo nível de experiência dos trabalhadores; na competitividade do mercado; o financiamento é difícil de se conseguir, além do desemprego (medo de perder o emprego); atuação dos sindicatos (os confrontos com os empregadores limitam a comunicação entre as partes); na exposição maior aos riscos (jornada de trabalho mais longa) e, baixo nível de saúde da população de forma geral (vulnerabilidade a produtos tóxicos e agentes biológicos).

Para Barrón, o papel do Estado na SST está no oferecimento do seguro contra os riscos do trabalho e, no nível ótimo de intervenção em SST.

Há a necessidade de informação para dimensionar os problemas na área, tratando sobre os seguintes aspectos:

- Acidentes de trabalho: regimento de indenização (seguro social); sistemas de declaração (inspeção no trabalho).
- Doenças Ocupacionais: extrapolação a partir de acidentes mortais e, extrapolação a partir de dados do país.
- Custos diretos: regimento de indenização.

Em nível nacional, ÁVILA (2002) afirma que a prevenção dos riscos e danos no trabalho deve envolver uma ação conjunta e integrada de todos os atores envolvidos no sistema produtivo, ou seja, trabalhadores, empresas e governo. Aos trabalhadores interessa preservar a sua integridade física e, conseqüentemente, sua capacidade laborativa. Aos empregadores, além da integridade e capacidade laborativa dos seus empregados, interessa a redução de dias perdidos o que gera um aumento da produtividade no setor. O Governo agrega todos os interesses de trabalhadores e empregadores, além de possuir a

responsabilidade de atuar de forma integrada, combinada com uma ação de regulação e de fiscalização, reunindo esforços e diferentes órgãos responsáveis pelo controle, avaliação, tratamento, prevenção e pagamento de seqüelas dos AT, ou seja, nas políticas de gerenciamento dos riscos do trabalho.

Para a autora, não se justifica discutir os riscos nos ambientes de trabalho sem considerar as transformações estruturais pelas quais os mesmos vêm passando, principalmente em função das mudanças tecnológicas e organizacionais do processo produtivo. É preciso considerar ainda, a necessidade de maior capacitação profissional e de propiciar ambientes de trabalho que reúnam condições favoráveis à segurança e saúde do trabalhador.

ÁVILA (2002) sugere que para um maior controle efetivo em acidentes e doenças ocupacionais tenha articulação das ações nas áreas do trabalho, previdência e saúde; haja conscientização e planejamento para a prevenção; que seja revisto o modelo de SAT; haja a adequação das alíquotas conforme incidência de acidentes; que se promova financiamento subsidiado para substituição de máquinas obsoletas e geradoras de acidentes do trabalho.

Com relação à privatização do SAT à luz da Emenda Constitucional (EC) n° 20/98, SERRANO (2002) afirma que o SAT é um seguro para o empregador. Com ele fica assegurada a responsabilidade empresarial diante da ocorrência de danos à saúde e à integridade física dos trabalhadores em função da relação de trabalho. Com o novo SAT, o Governo tem o papel de supervisão e normalização com a participação interministerial; as operadoras mutuals atuam em colaboração com o Governo, sem finalidade lucrativa; haverá a ampliação da massa coberta (federações e sindicatos).

Diferentemente de Serrano, SCHUBERT (2002) coloca que um novo paradigma pressupõe uma nova visão filosófica, conceitual e operacional do SAT. Ele foi e continuará sendo o mais importante instrumento de proteção do trabalhador e, os elementos essenciais desse novo paradigma são o trabalho decente e premissas norteadoras da proposta de regulamentação (cobertura universal; enfoque preventivo; integralidade das ações preventivas, de reabilitação no sentido amplo e compensação; enfoque epidemiológico; gestão diferenciada – governo e sociedade e, participação social).

Ele afirma que a EC n° 20, de 16 de dezembro de 1998, tem como objetivo garantir a proteção integral aos trabalhadores segurados pela montagem e desenvolvimento de um novo modelo de SAT. A garantia da proteção integral ao trabalhador deve ser alcançada

fundamentalmente através do estímulo às ações de prevenção do dano e à promoção de condições saudáveis (novo enfoque).

O autor expõe ainda que o novo modelo para o SAT deve contemplar os seguintes elementos:

- Desenho organizacional (modelo misto; coordenação e operacionalização).
- As prestações (benefícios e serviços) que o trabalhador (segurado) tem direito e a forma de proporcioná-los.
- Tarifação – *bônus/malus*.
- Mecanismo de salvaguarda.
- Reservas
- Sistema de informação – a informação para Tomada de Decisão e Ação.

Em síntese, SCHUBERT (2002) afirma que o modelo preconizado para o SAT deverá ampliar a cobertura, favorecer o enfoque preventivo, ter uma abordagem global e integral na prestação de serviços e benefícios aos segurados, primar pela participação dos empregadores e dos trabalhadores na gestão e execução do sistema, sob o controle do Governo.

Pela exposição acima, pôde-se perceber que ainda há muitas ações a serem feitas. O nível de complexidade é alto haja vista que há a participação de vários atores quando da busca pelos direitos previdenciários pelo trabalhador/cidadão. A sub-notificação dos acidentes é um problema que está presente e que, se não houver outros mecanismos de identificação do AT, o Brasil terá dificuldades e se obter dados consistentes sobre o assunto.

Em se tratando da obtenção dos dados, este ministério obtém as informações a partir de indicadores estabelecidos, retirados no DATAPREV, através de senhas. A planilha é confeccionada de acordo com sua necessidade, composta por diferentes janelas (tabelas); não há um dispositivo para se obter numa tela as informações que se quer analisar. O acesso é difícil (demorado), depende da informação, por exemplo, arrecadações, benefícios são informações desatualizadas e não há garantia de sua integridade.

A maioria das informações é alimentada *online*, sendo que somente o custo operacional é alimentado no setor, sendo que os parâmetros, por exemplo, benefícios são *online* mas a arrecadação, que é alimentada no setor, é mais demorada.

As informações são disseminadas e disponibilizadas a seus usuários ia *intranet* e *internet*, liberado para todos e com senha. Com relação à avaliação e a implementação de inovações das práticas de gestão e dos padrões de trabalho relativos à gestão das informações, esta se dá por reuniões com o setor e a gerência executiva ou chefia imediata. Contudo, não há autonomia para mudança e implementação local pois as informações vão para Brasília para estudo, via DATAPREV, sendo consolidadas lá, levando o tempo de seis meses para retornar a União Federativa.

Com relação ao sistema de informação, o MPS utiliza o Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas – SÍNTESE *Gold*, que trabalha com temas de interesses estratégicos sobre os serviços oferecidos, como por exemplo, benefícios emitidos e, benefícios concedidos; Sistema Único de Benefícios – DATAPREV.

Possui o Sistema de Gerenciamento de Indicadores que faz a avaliação e das ações estabelecidas Em nível estratégico, além do Sistema de Acompanhamento de Desempenho (SAD) e o Índice de Informações Gerenciais (INFER). Entretanto, os sistemas apresentam problemas como o não compartilhamento de informações (os sistemas não se conversam), prejudicando a obtenção de informações.

Isto vem demonstrar a ineficiência no sistema de informação, tirando autonomia das Delegacias Regionais para a tomada de decisão.

*f)- Ministério do Meio Ambiente (anexo V)*

De acordo com ARNDT (2004), o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – IBAMA, foi criado pela Lei nº 7735, de 22 de fevereiro de 1982, sendo formado pela fusão de quatro entidades brasileiras que trabalhavam na área ambiental: Secretaria Nacional do Meio Ambiente – SEMA; Superintendência da Borracha – SUDHEVEA; Superintendência da Pesca – SUDEPE e, do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal – IBDF.

Em 1990, foi criada a Secretaria do Meio Ambiente da Presidência da República – SEMAN, que tinha no IBAMA seu órgão gerenciador da questão ambiental, responsável por formular, coordenar, executar e fazer executar a Política Nacional do Meio Ambiente e da Preservação, conservação e uso racional, fiscalização, controle e fomento dos recursos naturais renováveis.

Posteriormente, entre os dias 3 e 14 de junho de 1992, foi realizado no Rio de Janeiro, a Conferência da ONU sobre o meio Ambiente e Desenvolvimento, da qual participaram 170 nações. A Rio-92 teve como principais objetivos:

- Identificar estratégias regionais e globais para ações referentes às principais questões ambientais;
- Examinar a situação ambiental do mundo e as mudanças ocorridas depois da conferência de Estocolmo;
- Examinar estratégias de promoção de desenvolvimento sustentável e de eliminação da pobreza nos países em desenvolvimento.

A partir disso, continua ARNDT (2004), as autoridades brasileiras preocupadas com a repercussão internacional das teses discutidas na Conferência Mundial sobre o meio ambiente, determinaram, em 16 de outubro de 1992 a criação do Ministério do Meio Ambiente – MMA, órgão de hierarquia superior, com o objetivo de estruturar a política do meio ambiente no Brasil.

A missão institucional consiste em 14 objetivos finalísticos do IBAMA, definidos para o cumprimento e sua missão (ARNDT, 2004). São eles:

1. Reduzir os efeitos prejudiciais e prevenir acidentes decorrentes da utilização de agentes e produtos tóxicos, seus componentes e afins, bem como seus resíduos;
2. Promover a adoção de medidas de controle de produção, utilização, comercialização, movimentação e destinação de substâncias químicas e resíduos potencialmente perigosos;
3. Executar o controle e a fiscalização ambiental nos âmbitos regional e nacional;
4. Intervir nos processos de desenvolvimento geradores de significativo impacto ambiental, nos âmbitos regional e nacional;
5. Monitorar as transformações do meio ambiente e dos recursos naturais;
6. Executar ações de gestão, proteção e controle da qualidade dos recursos hídricos;
7. Manter a integridade das áreas de preservação permanentes e das reservas legais;
8. Ordenar o uso dos recursos pesqueiros em águas sob domínio da união;



9. Ordenar o uso dos recursos florestais nacionais;
10. Monitorar o *status* da conservação dos ecossistemas, das espécies e do patrimônio genético natural, visando a ampliação da representação ecológica;
11. Executar ações de proteção e de manejo de espécies da fauna e da flora brasileiras;
12. Promover a pesquisa, a difusão e o desenvolvimento técnico-científico voltados para a gestão ambiental;
13. Promover o acesso e o uso sustentável dos recursos naturais e,
14. Desenvolver estudos analíticos prospectivos e situacionais, verificando tendências e cenários, com vistas ao planejamento ambiental.

Com relação a Segurança e Saúde do Trabalhador, tanto ARNDT (2004), quanto SILVA (2004), desconhecem que a instituição tenha objetivos voltados para este tema.

Ambos afirmaram que a ação maior do IBAMA está na fiscalização dos acidentes ambientais; fiscalização de contrabando de agrotóxicos, através do programa “linha verde” que serve para denúncias anônimas; manipulação de produtos agrotóxicos contrabandeados e, descarte de embalagens destes produtos.

Essas ações vêm ao encontro das leis nº 7802, de 11/07/1989; lei nº 9605, de 13/02/1998 e do Decreto nº 98816, de 11/01/1990, apresentados no capítulo 2 deste estudo. Contudo, verificou-se que esta instituição tem um caráter mais punitivo (aplicação de multas) do que educativo, onde, por prática de gestões anteriores, segundo SILVA (2004), a aplicação de multas favorece liberação de recursos financeiros regionais.

Este tipo de postura leva a instituição à não trabalhar de forma formativa (educativa) já que o estímulo pela geração de multas era traduzido em recursos que poderiam ser aplicados na sobrevivência institucional.

Se a questão do meio ambiente está inclusa na Política de SST, o papel institucional não está claro não só em seus objetivos e missão, como também aos junto aos seus servidores públicos<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> É o indivíduo que está vinculado a esfera municipal, estadual ou federal, cujo objetivo é atender o cidadão nas necessidades do Estado.

*g)- Ministério Público da União*

O Ministério público da União foi organizado pela Lei Complementar nº 75, de 20 de maio de 1993 (BRASIL, 1993), sendo uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais.

Segundo o art. 128 da CF (BRASIL, MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO, 2004), o Ministério Público compreende: Ministério Público Federal; Ministério público do Trabalho; Ministério Público Militar e o Ministério Público do distrito Federal e Territórios.

Ele é chefiado pelo Procurador-Geral da República, nomeado pelo Presidente da República dentre os integrantes da carreira, maiores de trinta e cinco anos, após a aprovação de seu nome pela maioria absoluta dos membros do Senado Federal, com mandato de dois anos, permitida a recondução.

O Ministério Público do Trabalho (MPT) tem como seu chefe o procurador-Geral do Trabalho, compreendendo a Procuradoria-Geral do Trabalho, sediada em Brasília e, as Procuradorias Regionais do Trabalho, em número de vinte e quatro, sediadas nos Estados da Federação.

As procuradorias possuem um procurador-chefe, designado dentre os procuradores Regionais do Trabalho ou Procuradores do Trabalho.

Nos termos da Lei complementar nº 75, de 20 de maio de 1993, que dispõe sobre a organização e atribuições do Ministério Público da União, compete ao Ministério Público do Trabalho (BRASIL, MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO, 2004):

- Atuar em defesa dos direitos trabalhistas daqueles que, organizados ou não, aguardam a reparação da ordem jurídica lesionada;
- Buscar soluções visando à proteção da sociedade quando atingida pelos conflitos decorrentes das relações de trabalho;
- Exigir dos poderes públicos o cumprimento dos deveres impostos pelo ordenamento jurídico, quando a omissão prejudica os segmentos que lhe cabe proteger;
- Quando as empresas desrespeitam os direitos mínimos dos trabalhadores;

- Quando a prestação de serviços ocorre em condições de trabalho sub-humanas e não condizem com as normas de segurança e higiene do trabalho;
- Quando a greve ocorre de forma a não atender às necessidades básicas da população, em flagrante prejuízo para a sociedade, no que diz respeito aos serviços essenciais;
- Contra os que aplicam sistemas tipicamente medievais na exploração do trabalho, principalmente na utilização de mão-de-obra de menores de quatorze anos;
- Quando as cláusulas e convenções e os acordos coletivos forem estatuídas de forma abusiva, violando os direitos sociais contidos na Carta Política;
- Quando existir a retenção ou o atraso no pagamento de salários em período superior a dois meses;
- Quando as empresas públicas ou privadas não reservam em seus quadros o percentual mínimo legal de vagas asseguradas aos deficientes físicos;
- Quando há admissão de empregados sem a observância do concurso público na Administração Pública em todas as esferas de Governo ou, de forma oblíqua, verifica-se a ascensão derivada para carreira diferente da original;
- Na ocorrência de revistas patronais que maculem a honra e a dignidade dos trabalhadores ou quando haja invasão da intimidade e da vida privada dos empregados; na discriminação de trabalhadores em razão de sexo, cor idade, religião ou partido político.

Enfim, em inúmeras outras situações onde o Ministério Público do Trabalho vislumbre lesão ou ameaça de lesão aos direitos sociais assegurados na Constituição, justifica-se a sua atuação como órgão isento, capacitado e autorizado a defender e a proteger os valores sociais do trabalho.

Em Mato Grosso do Sul, há a Procuradoria Regional do Trabalho da 24ª Região, que promove o Fórum de Saúde e Segurança do Trabalho (FSSTMS), tem como objetivos gerais

*A criação de uma instância que estimule a articulação intersetorial, acompanhe e colabore com o processo de descentralização das ações de vigilância em saúde do trabalhador, especialmente a prevenção dos acidentes de trabalho, com atuação em todo o território do Estado e contribua para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis, de modo a obter a melhoria da qualidade de*

*vida do trabalhador, o alcance de resultados mais positivos na produção e a diminuição do custo social e familiar dos eventos incapacitantes ou fatais (BRASIL, PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 24ª REGIÃO, MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, 2004).*

A composição do Fórum está em bases que garantam a sua viabilidade e funcionamento, sendo composto por entidades que reúnam condições de implementar os objetivos propostos dentro das suas esferas de atuação. Nele há membros fundadores, efetivos e colaboradores que participam no suporte técnico para o alcance dos objetivos do Fórum, como órgãos consultivos e entidades de acompanhamento da atuação do Fórum, constituindo todos a assembleia geral como disposto no seu Regimento Interno aprovado pelos membros fundadores em 27 de junho de 2003 (BRASIL, PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 24ª REGIÃO, MPT, 2004).

Em dezembro de 2004, o FSSTMS realizou o “I Seminário Estadual de Meio Ambiente do Trabalho Hírido e Seguro: um Desafio de Todos”, que contou com a apresentação de estudos científicos de alunos do Curso de Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (onze apresentações orais e dez posters) e, mais quatro mesas redondas sobre temas relacionados à área.

#### ***4.2- Esfera Estadual***

##### *O Estado de Mato Grosso do Sul*

O Estado de Mato Grosso do Sul conta, atualmente, com uma população de 2.078.001 habitantes (MATO GROSSO DO SUL - MS, 2004). A sua economia está baseada no agronegócio, destacando-se a exportação de grãos, principalmente soja, para países da União Européia e MERCOSUL (MS, 2004).

O Estado também destaca na produção de gado de corte, em regime extensivo para abate, comercialização e engorda, totalizando 22 milhões de cabeça em 1995, tendo um aumento no rebanho de 82% nos últimos quinze anos, segundo o GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL (2004).

O setor secundário, onde está situado o segmento da indústria, responde atualmente por 12,8% do PIB (MS, 2004).

O setor terciário concentra a maior parte do PIB do Estado, com 67,6%. Dados de 2000 demonstram que a População Economicamente Ativa – PEA representa 47% do total da população e se distribui com 54,5% no setor terciário, 32,1% no setor primário e, 13,4% no setor secundário (MS, 2004).

O Estado de Mato Grosso do Sul teve no ano de 2000, um total de 3.773 acidentes do trabalho registrados, por motivos assim distribuídos: acidente típico 86,3%, acidente de trajeto, 10,7% e doença ocupacional 3% (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO E MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2002).

Passa-se a relatar a atuação dos atores estaduais frente a GSST.

*a) – Secretaria Estadual de Saúde – SES (anexo VII)*

A Secretaria Estadual de Saúde não apresenta missão definida.

Em se tratando da definição de saúde do trabalhador, a instituição adota a definida pelo art. 177 da Lei nº 1293, de 21 de setembro de 1992 (MATO GROSSO DO SUL – SES, 2003a):

*Conjunto de medidas que visem a promoção, proteção, e recuperação da saúde que serão desenvolvidas através da assistência individual concomitante com a coletiva, desenvolvendo atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando a redução da morbi mortalidade.*

Em termos de trabalho desenvolvido na área, esta secretaria tem a Coordenadoria de Vigilância Sanitária, onde se encontra o Setor de Saúde do Trabalhador, onde seus primeiros gerentes não se encontram mais, devido à saída pelo Programa de Demissão Voluntária – PDV, adotado pelo governo no ano de 1999.

O atendimento a Saúde do Trabalhador se dá através dos três núcleos regionais sediados nas cidades de Dourados, Corumbá e Três Lagoas e, do Centro Estadual de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), em Campo Grande.

Os objetivos com relação à saúde do trabalhador consistem em identificar as doenças ocupacionais por região e, a questão do atendimento ambulatorial.

O CEREST, no âmbito estadual, está iniciando a estruturação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), sendo o pólo irradiador da cultura e das práticas de atenção em Saúde do Trabalhador para o conjunto de rede do SUS/MS (MATO GROSSO DO SUL/SES, 2003).

Seu objetivo é o de atender trabalhadores(as) de todas as categorias profissionais, empregados e desempregados da economia formal e informal, das cidades e do campo, com problemas de saúde relacionados as atividades profissionais que exercem ou exerceram e, acidentes de trabalho (MATO GROSSO DO SUL/SES, 2003).

Suas atribuições são:

1. Desenvolver estudos e pesquisas na área de Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições públicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à Saúde do Trabalhador.
2. Promover programas de formação, especialização e qualificação de recursos humanos na área de saúde do trabalhador.
3. Dar suporte técnico para aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em Saúde do Trabalhador, organizado na forma de projetos de intervenção.
4. Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde, decorrentes do trabalho; promoção de eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais.
5. Atuar em articulação com centros de vigilância sanitária e epidemiológica e com unidades e órgãos afins, nas atividades de normatização relativas à prevenção de agravos à saúde decorrentes do trabalho e, da vigilância sanitária e epidemiológica em saúde do trabalhador.
6. Promover, em conjunto com órgãos competentes dos municípios, a definição de critérios de:
  - a. Avaliação para o controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito municipal;
  - b. Referência e contra-referência e outras medidas que assegurem o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e do meio ambiente.
  - c. Cooperação técnica para o desenvolvimento das ações e pesquisas em saúde do trabalhador e do meio ambiente.
7. Produzir informações para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador.
8. Desenvolver programas de educação em saúde sobre questões da relação saúde-trabalho para a população em geral.

9. Promover o intercâmbio técnico-científico com instituições nacionais, internacionais e estrangeiras.
10. Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o processo de preparação, organização e operacionalização do Programa Estadual de Qualificação Pessoal em Saúde do Trabalhador.
11. Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o programa de acompanhamento e avaliação da implantação da RENAST.
12. Em conjunto com os gestores estaduais, participar do processo de elaboração, implantação e operacionalização do Plano Estadual de atenção integral à Saúde do Trabalhador junto aos municípios nas diversas regiões do estado.
13. Prestar suporte técnico para os municípios executarem a pactuação regional a fim de garantir, em toda a área do estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho.
14. Participar do treinamento e capacitação de profissionais de todos os níveis de atenção: vigilância em saúde, programa da Saúde da Família (PSF); Unidades Básicas; ambulatórios; Pronto-Socorros, hospitais gerais e especializados.

As ações realizadas pela SES nos últimos quatro anos foram:

- Inspeções das condições de trabalho/orientações;
- Palestras sobre Saúde do Trabalhador;
- Participação em fóruns;
- Viagens dentro e fora do estado;
- Capacitação;
- Participação em capacitações;
- Inaugurações, implantações de serviços;
- Ações integradas e,
- Seminários.

Assim, como no âmbito federal, o Estado de Mato Grosso do Sul também tem a Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), comissão esta recomendada a sua

criação pela Resolução SES/MS nº 194, de 02 de junho de 1997, em seu Art. 12 (MATO GROSSO DO SUL/SES, 2003B):

*Recomenda a criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador subordinado aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-los na definição de políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento das ações de saúde do trabalhador.*

Além desta comissão, o Estado conta também com a Comissão Permanente de Investigação das Condições de Trabalho em MS, que é composta por entidades governamentais e não governamentais que, num trabalho em conjunto de investigação das condições de trabalho em Mato Grosso do Sul, venha promover a erradicação de condições indignas de trabalho e o trabalho infantil. Esta comissão tem como objetivos: investigar e fiscalizar as condições de trabalho no Estado de Mato Grosso do Sul e, divulgar, Em nível nacional e internacional, a problemática na pretensão de obter maior participação da sociedade como um todo nas propostas de solução (MATO GROSSO DO SUL/SES, 2003b).

As dificuldades encontradas por esta secretaria estão centradas na questão da permanência da mão-de-obra qualificada em seus postos de trabalho, devido à rotatividade que estas funções apresentam por serem preenchidas politicamente, sendo os servidores contratados temporariamente, mudando a cada mudança da gestão municipal.

Este fato foi ratificado quando da realização do I Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, em 2000, na cidade de Campo Grande/MS, quando indagados pela pesquisadora sobre as maiores dificuldades encontra, os 20 alunos que estavam presentes afirmaram ser a rotatividade de mão-de-obra após a mudança de governo.

Outro problema apontado diz respeito aos médicos, quando do preenchimento da ficha do paciente. Estes também deixam de indicar no campo adequado se a queixa que o paciente está relacionada ou não ao trabalho.

A forma de enfrentamento adotada por esta secretaria com relação aos dois problemas mencionados (troca de mão-de-obra da recepção do paciente e, preenchimento incorreto das ficha do paciente pelos médicos) está centrada em palestras e discussões junto aos gestores municipais.

Segundo dados estatísticos da SES (MATO GROSSO DO SUL, SES, 2003), os principais acidentes de trabalhos que acometeram os trabalhadores de Mato Grosso do Sul foram às lesões causadas por acidente típico de trabalho (86,73%) predominando fraturas e esmagamento (35,32%), seguido por cortes, perfurações, escoriações e contusões (33,55%) e,



os setores mais atingidos foram à agricultura, pecuária, extrativismo animal, mineral e vegetal (28,88%); comércio, prestação de serviços – atividade urbana (17,21%) e, frigoríficos/agro-indústrias (13,01%).

O sistema de informação adotado é o mesmo do Ministério da Saúde uma vez que a determinação dos dados a serem coletados parte deste ministério. São eles: SIM, SIH, SIA, SINAN; Sistema de Informação de Acidentes de Trânsito; Sistema de Informação Toxicológico e sistema de Informação de Câncer.

A SES age de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001d); das diretrizes determinadas pela nota técnica referente à assistência ao acidentado do trabalho (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995) e, da NOST (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

A instituição não se utiliza modelos para tomada de decisões, sendo que estas são deliberadas junto aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde.

*b)- Secretaria do Estado de Assistência Social, Cidadania e Trabalho (anexo VIII)*

Esta Secretaria apresentou muitos obstáculos com relação ao fornecimento dos dados constantes no anexo VIII. Houve várias tentativas de se entrevistar a secretária que ocupava o cargo, mas sempre foi negado o encontro. Procurou-se informações via portal do governo (informação digital) onde se constatou a não disponibilidade do site desta secretaria. Foi sugerido por um servidor que fosse entrevistado o Sr. Ananias Costa dos Santos, presidente da Fundação de Trabalho e Qualificação Profissional, fundação esta que abriga as Agências Públicas de Empregos. No Estado de Mato Grosso do Sul, estas agências são em número de vinte e três, sendo cinco em Campo Grande e dezoito no interior do estado.

Contudo, o referido presidente também se negou a responder o questionário, ser entrevistado pela pesquisadora, ou mesmo outro servidor disponibilizar as informações.

Esta Fundação abriga a Agência Pública de Emprego que é um órgão de intermediação entre quem oferece emprego e aqueles que detém a força de trabalho (trabalhadores), além de preparar empregadores e trabalhadores para as oportunidades que afloram com o crescimento econômico do Estado.

Segundo Marietto (2003), a Fundação possui oito linhas de ação, sendo:

1. Cooperativismo: as Agências públicas de Emprego – SINE/MS em parceria com entidades ligadas ao cooperativismo, incentivam a formação de

cooperativas populares auto-sustentáveis, visando a ampliação do mercado de trabalho e a promoção da geração de renda e da inclusão social.

2. **Captação de vagas:** o setor de captação e vagas externas e internas, tem como objetivo captar vagas junto ao empresariado dos mais diversos segmentos. Possui um cadastro de mão-de-obra especializada e, também, elabora estudo de demandas geradas não só pelo mercado já existente, como as que advém pelas novas empresas que estão se instalando em Mato Grosso do Sul.
3. **Intermediação de Mão-de-obra:** tem como objetivo colocar ou recolocar o trabalhador no mercado de trabalho, o mais rápido possível, reduzindo os custos e o tempo da espera pelo preenchimento da vaga, amenizando o impacto social do desemprego.
4. **Qualificação Profissional:** o objetivo é qualificar e requalificar trabalhadores para o desenvolvimento de habilidades que proporcionem melhoria de qualidade de produção de bens e serviços, bem como elevar a renda pessoal e familiar, visando com isso melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.
5. **Emissão da Carteira de Trabalho e Previdência social – CTPS.**
6. **Programa Trabalho Seguro e Saudável:** este programa é constituído por cinco projetos que abrangem as ações priorizadas para 2001:
  - a. **Projeto Centro de Orientação ao Trabalhador Vítima de Acidente de Trabalho (CEOAT):** é um posto de informação e orientação aos acidentados e seus familiares e efetua encaminhamentos dos mesmos às instâncias de atendimento à saúde, de direitos trabalhistas, de benefícios previdenciários e de reinserção ao mercado de trabalho, abrangendo os trabalhadores formais, informais e estatutários.
  - b. **Projeto Educação em Segurança do Trabalho:** ele engloba as ações continuadas de educação e treinamento de trabalhadores com vista a obter atuação segura nos seus ambientes laborais. As ações são: cursos, seminários, campanhas e oficinas de atualização a cipeiros, trabalhadores em geral, empregadores e sindicalistas.

- c. Projeto Segurança do Trabalho na Construção Civil: consiste em treinamentos e campanhas de orientações aos trabalhadores da construção civil, efetuadas nos canteiros de obras.
  - d. Projeto Informação e Divulgação: construção de um banco de dados com informações sobre os atores envolvidos com a área no Estado – SESMTs, CIPAS, profissionais de Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador, Acidentes e Doenças do Trabalho registradas pelo CEOAT.
  - e. Projeto Ações Interinstitucionais: participação e atuação conjunta com o conselho Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho.
7. Comissão Municipal de Emprego: é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, de composição tripartite e paritária, com representação de entidades de trabalhadores, empregadores e governo.
8. Seguro Desemprego.

*c)- Conselho Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho*

O Conselho Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho foi criado pelo Governador José Orcírio Miranda dos Santos, através do Decreto nº 4875, de 12 de dezembro de 1999.

Ele é um órgão colegiado de deliberação coletiva e tem como finalidade o estabelecimento das diretrizes gerais para a Política Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho. É composto por 26 membros compostos por: representantes do Poder Público (seis); representantes de entidades sindicais de trabalhadores (cinco); representantes de entidades sindicais de empregadores (cinco); representantes de entidades com cunho técnico-científico (cinco); representante do Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura – CREA/MS (um); representante do Conselho Regional de Medicina – CRM/MS (um); representante do Conselho Regional de Psicologia (um); representante do Conselho Regional de Assistência Social (um) e, um representante do Conselho Estadual de Educação. Os membros são nomeados pelo Governador e, com mandato de dois anos.

Sua competência está descrita no art. 4º do referido decreto que estabelece:

*I – elaborar seu regimento interno;*

*II – estabelecer as diretrizes gerais para a Política Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho;*

*III – apreciar e aprovar, anualmente, o Plano Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho;*

*IV – elaborar e encaminhar proposta de criação de um Fundo Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho, bem como definir as linhas básicas e as prioridades para a aplicação dos recursos;*

*V – acompanhar, analisar e avaliar a execução do Plano Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho;*

*VI - realizar visitas a empresas e órgãos, procedendo, quando necessário, à denúncia aos órgãos competentes, para providências nos termos das legislações vigentes nos níveis nacional, estadual e municipal;*

*VII - apreciar e emitir pareceres sob assuntos de sua área de abrangência, apresentados à sua consulta por iniciativa pública ou privada;*

*VIII - propor regulamentação, por meio de deliberação, das normas para certificação de registros de relatórios de impacto de segurança e saúde no trabalho – RISTRA, bem como fixar o valor de taxas públicas para os pedidos desse registro;*

*IX – propor a elaboração do plano de Segurança e Saúde do Trabalhador no Serviço Público;*

*X - propor implantação e implementação de ações nos órgãos envolvidos com segurança e saúde no trabalho, que visem a minimizar os acidentes no trabalho;*

*XI - desenvolver campanhas de mobilização e sensibilização da sociedade e dos setores envolvidos em sua área de trabalho com vista à prevenção das ocorrências de acidentes no trabalho;*

*XII – apreciar e homologar os planos apresentados pelas câmaras permanentes de prevenção, fiscalização, pesquisa e informação.*

Este órgão iniciou seus trabalhos no ano de 2000 mas foi suspenso, três anos após a sua criação, devido ao não entendimento entre seus membros.

Pelas informações obtidas junto aos membros da primeira gestão (2000-2002), hoje quem realiza trabalho similar a este conselho é o FSSTMS.

#### **4.6- Esfera Municipal**

##### *A Cidade de Campo Grande/MS*

A cidade escolhida para o estudo, Campo Grande/MS, possui área de 8.096,051 km<sup>2</sup>, com uma população estimada de 705.975 habitantes e conta, atualmente, com 1542 estabelecimentos de serviços e, 9705 estabelecimentos comerciais (MS, 2004).

As principais atividades econômicas são o comércio e serviços. Destaca-se também no agronegócio sendo o 2º produtor de ovos de codorna; maior efetivo de coelhos; 2º produtor de

lã; 2º efetivo de codornas; 3º produtor de tomate; 3º produtor de leite e, maior produtor de caprinos (MS, 2004)

#### **4.6.1- Secretaria Municipal de Saúde - SESAU**

De acordo com a Lei Municipal n.º 3836, de 28/12/2000, art.11 (CAMPO GRANDE, 2003), a Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande/MS foi constituída para:

*I - a formulação e execução da Política de Saúde que vise a redução de riscos de doenças e outros agravos, tendo como base os indicadores sócio-econômicos e culturais da população;*

*II - a identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes de doenças;*

*III - a elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Saúde, em termos de prioridades e estratégias, em consonância com o Sistema Único de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde;*

*IV - o gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde;*

*V - a promoção e controle de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde e meio ambiente;*

*VI - a coordenação do processo de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;*

*VII - o atendimento integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.*

A Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande/MS possui trinta e nove Unidades Básicas de Saúde; nove Centros Regionais – 24 horas, dez Centros de Referência e cinco Policlínicas Odontológicas.

As principais atividades desenvolvidas nos últimos quatros destacam-se: procedimentos de atenção básica (ações médicas básicas, ações de enfermagens básicas, procedimentos básicos em vigilância sanitária, entre outras); procedimentos especializados (patologia clínica, procedimento médico especializado, cirurgias ambulatoriais especializadas, entre outras) e, procedimentos de alta complexidade (hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, entre outras).

A instituição não apresenta missão definida e, possui em seu organograma gerencial a coordenadoria de Vigilância da Saúde do Trabalhador. Ela é formada por um coordenador e mais dois um médico do trabalho e um engenheiro de segurança do trabalho que dão suporte técnico para quarenta fiscais que vão a campo.

Com a preocupação com o desenvolvimento de ações deste serviço, a SESAU capacitou quatro funcionários, no curso de especialização em Saúde do Trabalhador,

promovido pela SES, executado pela FIOCRUZ, em parceria com a UFMS, no ano de 2000, na cidade de Campo Grande (CAMPO GRANDE, SESAU, 2001).

Em 2003, as ações previstas foram:

- Cursos de manipulação de alimentos.
- Atendimento as reclamações de denúncias.
- Fiscalização de estabelecimentos quanto as suas condições de trabalho.
- Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT.
- Desenvolver material educativo sobre ações de vigilância sanitária em saúde do trabalhador.
- Promover treinamento sobre saúde do trabalhador para fiscais sanitários.
- Capacitação de CIPAS.
- Promover palestras, conferências e ações educativas nas diversas áreas de atuação da vigilância sanitária em saúde do trabalhador junto à comunidade acadêmica, órgão de classe e população em geral.

As dificuldades encontradas para o atendimento da SST, segundo LUSENA (2002), estão na falta de integração das esferas públicas e na falta de um centro de referência em saúde do trabalhador (no ano em que foi feita a entrevista, o CEREST ainda não tinha iniciado o atendimento junto à população).

As ações para superar as dificuldades encontradas por esta instituição concentram-se na participação do FSSTMS, procurando parcerias; realizar serviços direcionados; projetos para viabilização da montagem do centro de referências, acesso junto aos gestores.

Os desafios desta secretaria frente a GSST são: ter uma política voltada para a saúde do servidor público (periódico, CIPA em todos os setores, retorno ao trabalho, retorno da função); buscar e repassar informações para os trabalhadores formais e informais e, (formação do centro de referência em SST).

As ações a serem tomadas pela instituição são definidas através de reuniões, baseados em relatórios anteriores, pelo PPA e, demanda gerada pela licença sanitária.

O Conselho Municipal de Saúde está funcionando, contudo não foi verificado em atas fornecidas pela SESAU, registros referentes à saúde do trabalhador.

Analisando a atuação desta coordenação, verificou-se deficiência na concretização das ações em decorrências de:

- A não compreensão de seu papel nesta secretaria: houve, inicialmente um conflito interno com relação à atuação deste setor. *“Como faremos a vigilância da saúde dos trabalhadores dos munícipes se não fazemos institucionalmente?”* (LUSENA, 2002).
- A falta de recursos humanos e materiais.
- Falta de interesse político em implantar o serviço: segundo LUSENA (2002), a Prefeitura de Campo Grande já recebia o teto de repasse de recursos financeiros do Governo Federal e, caso viesse a oferecer o serviço, só teria custos.

Contudo, foi achada solução paliativa para o momento, a fim de se iniciar a implantação do serviço.

Com relação ao serviço em nível institucional, no ano de 2002, a SESAU informou que realizou ações visando à saúde de seus servidores, tais como: vacinação, fornecimento de EPI, dosimetria; exames médicos admissionais; refeições; além de realizar um estudo epidemiológico com a Divisão de Recursos Humanos, nos servidores desta secretaria (CAMPO GRANDE, SESAU, 2003).

Em 2002, a Coordenadoria de Vigilância Sanitária inicia o serviço de Saúde do Trabalhador, realizando 5.173 visitas a ambientes de trabalho do município, para verificar as condições de salubridades para os trabalhadores. Foram cadastradas 239 empresas, atendidas 98 reclamações, autuando sete empresas (CAMPO GRANDE, SESAU, 2003)

Notou-se que a ação desta coordenação neste ano foi somente de fiscalização. Não ficou evidenciada a preocupação desta coordenação sobre o atendimento ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde. Neste aspecto, COSTA (2002) afirma que o atendimento é feito, os campos são preenchidos corretamente, porém, não há mecanismo de extração de dados para análise posterior. Ele, pessoalmente, perdeu um trabalho de três anos que estava selecionando para estudo no doutorado em saúde do trabalhador, por erro do sistema que, não puxava os dados históricos dos pacientes, quando cruzados com o campo “estava no trabalho”, da ficha do paciente.

Com relação à estatística sobre acidente de trabalho, LUSENA (2002) afirma não ter catalogado, uma vez que a coordenação está iniciando os trabalhos. Contudo, quando indagado sobre o problema da extração de dados, o mesmo encaminhou a questão a responsável da estatística da SESAU.

Em se tratando do sistema de informação adotado, a SESAU adota o Sistema Hygia, que fornece informações sobre faturamento, dados do paciente e dados estatísticos gerenciais. Este sistema foi comprado em 1993 e implantado em forma modular sendo adaptado conforme as necessidades locais.

A entrada dos dados é feita diretamente pelos profissionais com exceção do atendimento de plantão que são inseridos pelos técnicos administrativos. Com relação à segurança dos dados, esta é garantida por senha (cada usuário tem sua senha de identificação), que é capaz de identificar quem teve acesso tanto para introduzir dados, como na emissão de relatórios. Não há a possibilidade de entrada de vírus no sistema, com 100% de garantia, mesmo o sistema sendo ultrapassado. Os tipos de dados, estes são do padrão do sistema, agrupados por setor (médico, farmácia, zoonose, auxiliar de enfermagem, digitação, enfermagem, gerente, gestor, imunização, laboratório, vigilância sanitária, recepção, odontologia).

Segundo a pessoa responsável pelo setor, quem preenche a ficha do paciente é o médico. O não preenchimento adequado se dá pela falta de interesse deste profissional.

Passou-se para o conhecimento desta técnica o fato relatado por COSTA (2002). Ela afirmou que o mesmo não era extraído por que não houve comunicação por parte da coordenação de vigilância da saúde do trabalhador que esta informação era importante.

Constataram-se vários problemas com relação à saúde do trabalhador Em nível municipal:

1. Definição das atribuições desta coordenação;
2. Falta de vontade política em realizar a implantação;
3. Falta de recursos humanos para realizar a ação de fiscalização, ficando a cargo dos fiscais que realizam a fiscalização da vigilância sanitária, entrando em empresas com menos de 50 trabalhadores (acima a fiscalização é realizada pelos fiscais do DRT),



4. Falta de capacitação na área de atendimento sobre a importância da identificação do problema com o preenchimento correto dos campos da ficha do paciente, bem como qual procedimento a ser adotado quando da confirmação de acidente do trabalho e,
5. Falta de entrosamento entre setores de estatística e a Coordenação da Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador e gestores superiores.
6. Quando confrontado com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, evidenciou-se problemas sobre notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, uma vez que o sistema existente nas UBS não dispõe de mecanismos para capturar estes dados.
7. A Vigilância sanitária em Saúde do Trabalhador está iniciando a rotina deste serviço, que apresentou ainda ser incipiente frente ao número de empresas de serviços e comércio estabelecidos na cidade.
8. Não ficou evidenciado como o serviço de saúde responsável pelo diagnóstico do acidente de trabalho ou doença ocupacional aciona o setor de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador para visitas nestas empresas que estão causando agravos na saúde do trabalhador.

#### **4.7- Esfera Sindical**

##### *Sindicato dos Trabalhadores*

Segundo SANDRONI (1990), sindicato é uma instituição que se forma pela associação de trabalhadores assalariados, visando à defesa de seus interesses perante os patrões e o Estado. Reúnem trabalhadores de uma mesma profissão, de um mesmo ramo industrial ou empresa. A organização de sindicatos operários acompanhou o desenvolvimento e a consolidação do capitalismo industrial.

No Brasil, em 1907 foi promulgada uma lei que reconheceu o direito dos trabalhadores se organizarem livremente. Contudo, com o advento do Estado Novo (1937/45) os sindicatos foram enquadrados numa estrutura corporativista controlada pelo Ministério do Trabalho. Baseado na CLT, o Estado fiscaliza toda a atividade sindical no país, desde a carta de autorização para a criação de determinado sindicato até as finanças da entidade, podendo decretar a intervenção quando julgar que a atuação da entidade não corresponde às determinações legais, continua o autor.

Verificou-se que o sindicato é a instância maior de representatividade dos trabalhadores junto ao governo nas reivindicações trabalhistas, sendo que a sua atuação determinará os ganhos ou perdas para a classe. Estar capacitado para checar as condições do ambiente laboral, negociar e orientar seus associados é importante para que esta instituição possa atender os seus objetivos.

Os dados obtidos em entrevistas a estes sindicatos são apresentados a seguir:

Constatou-se que 85% (oitenta e cinco por cento) da população estudada opinam que a Saúde do Trabalhador é independente da Saúde Pública e é má; 63% (sessenta e três por cento) conhecem um órgão público no município ou no Estado que atue na questão da saúde do trabalhador e destes, 57% (cinquenta e sete por cento) afirmam ser o DRT/MS.

Com relação à fiscalização no ambiente de trabalho por parte dos órgãos públicos, 82% (oitenta e dois por cento) consideram a ação é ineficiente e, 8% (oito por cento) consideram regular, sendo que nenhum sindicato apontou como sendo eficiente, denotando o descrédito junto aos órgãos públicos neste quesito. Questionando-se a quem compete, 92% disseram saber qual o órgão responsável por este serviço e, destes, 53% (cinquenta e três por cento) afirmam ser a DRT, 22% (vinte e dois por cento) a CIPA e, 10% (dez por cento) a vigilância sanitária em saúde do trabalhador.

Para estes sindicalistas, o principal problema de saúde do trabalhador no estado concentra-se na sua ineficiência e pela desinformação do próprio trabalhador (40 % cada) e que as medidas para a melhoria da saúde do trabalhador em MS consiste em ações mais eficientes dos órgãos públicos (90%).

Os sindicatos possuem em média 510 sindicalizados, setenta por cento (70%) possuem algum setor ou departamento que atue ou se interesse em saúde do trabalhador, e que as maiores dificuldades encontradas por estas instituições frente à participação a GSST está na falta de informação (87,53%). As tomadas de decisões por estas instituições são baseadas em assembleias (100%) e que as expectativas para o futuro da GSST estão na melhoria das condições de trabalho (45%); maior conhecimento sobre o assunto junto aos sindicalizados (25%) e, o cumprimento das leis (17%).

Diante do que foi exposto, constatou-se a falta de conhecimento por parte desta instituição, sobre a quem compete gerir na questão da SST e, na falta de informação por parte dos trabalhadores sobre o assunto.

É importante para que a GSST seja efetiva, que seja fornecido capacitação aos sindicalistas nesta área para que eles possam ter conhecimento necessário a fim de realizar vistorias, acompanhar procedimentos e, orientar melhor os sindicalizados quando da ocorrência de um acidente de trabalho, ou anterior a isto, na construção de um ambiente saudável laboral.

#### *Sindicato Patronal*

Na visão dos empregadores, oitenta e sete por cento (87%) afirmaram que a saúde do trabalhador em MS é independente da Saúde Pública e má; 95% (noventa e cinco por cento) afirmam conhecer um órgão público que atue nesta questão, destes, 99% (noventa e nove por cento) diz ser a DRT/MS e, consideram a fiscalização regular (87%), sendo de incumbência da DRT.

Para eles, o principal problema da saúde do trabalhador no estado concentra-se na desinformação do trabalhador (68,7%), seguido nos acidentes de trabalho (13%).

As principais medidas para a melhoria da saúde do trabalhador estão na melhoria das condições gerais de saúde da população (87,2%) e mais interesse do próprio trabalhador (7,8%).

Estas instituições não possuem algum setor que atue ou se interesse na questão da saúde do trabalhador em sua maioria (92%), possui em média 27 filiados; e apontam ser a falta de consciência do trabalhador uma das principais dificuldades enfrentadas pelas instituições sindicalizadas (62,3%).

As instituições, frente aos órgãos públicos, procuram negociação por intermédio do diálogo (87,5%); 75% afirmam não terem sistema de informação gerencial de SST e, 43% afirmaram que a expectativa frente a GSST está em um diálogo bi-lateral, na tentativa de se chegar em um acordo.

Verificou-se que os sindicatos patronais transferem a “culpa” do acidente do trabalho para os trabalhadores por sua incapacidade e pela sua falta de consciência e, também para o governo quando afirmam que se devem melhorar as condições de saúde da população. Porém, a obrigação de se promover um ambiente em condições laborais é da classe empregadora bem como o cumprimento das NRs.

Não se verificou, por parte destas instituições, o reconhecimento do não cumprimento das NRs ou leis previstas para a área por parte dos sindicalizados.

Observou-se a dificuldade que as empresas tem em admitir e, até mesmo de conhecer sobre os riscos que seu ramo de negócio possuem em termos de produção de acidente de trabalho e agravos na saúde do trabalhador. Cabem as autoridades competentes promoverem fóruns de discussão, seminários, cursos de qualificação e aperfeiçoamento para que esta defasagem seja minimizada.

O fato de 75% dos sindicalizados não possuírem um sistema de informação gerencial para SST, demonstra a não preocupação por estas instituições em se controlar para minimização dos danos.

#### ***4.8- Considerações Finais do Capítulo***

O capítulo ocupou-se em apresentar dados estatísticos sobre SST no contexto nacional bem como o desempenho dos atores que estão envolvidos na área.

Em se tratando da esfera Federal, observou-se que está iniciando entendimento nas relações interministerial, embora o MMA ainda não tenha claro o seu papel na GSST. A falta de recursos humanos e financeiros são fatores que afetam a execução das ações em SST em todos os ministérios que, sem exceção, apresentaram problemas na captação de dados relativos a SST, bem como a garantia de sua integridade. A inconsistência sobre as informações advindos nos diversos ministérios é grande e, há muitas dificuldades na integração dos sistemas.

Na esfera Estadual, verificou-se que a SES está mais bem estruturada para o atendimento de suas responsabilidades determinadas pelo Ministério da Saúde, quando comparada com a Secretaria do Estado de Assistência Social, Cidadania e Trabalho que não demonstrou transparências em suas ações; não disponibilizou informações além de estarem passando, no período de 2001-2003, por problemas de prestação de contas de recursos vindo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Pode ser que, devido à acusação de desvio de recursos pela Fundação de Trabalho e Qualificação Profissional resultou no afastamento do presidente anterior ao Sr. Ananias Costa dos Santos e bloqueio do repasse de dinheiro público para capacitação/qualificação dos trabalhadores sul-mato-grossense.

Neste sentido, a sociedade não pode exercer o direito de realizar o controle social já que as informações não foram disponibilizadas e, também quando da posse do Presidente Lula, houve a tentativa de se resolver o problema para que houvesse a autorização da liberação de recursos a esta Fundação.

No contexto municipal, a discussão sobre “segurança e saúde do trabalhador” é incipiente. A Coordenação de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador não tem claras as suas atribuições; os sistemas de informação das UBS apresentam deficiências quanto à captura de dados, os recursos humanos envolvidos necessitam de capacitação para melhor entendimento do serviço. O Conselho Municipal de Saúde não apresentou representantes dos trabalhadores e dos empregadores e, nenhuma referência se encontrou sobre a área nas atas disponibilizadas e analisadas.

Na parte dos sindicatos, tanto dos trabalhadores quanto patronal, observou-se a falta de conhecimento sobre o assunto, onde foi evidenciada transferência de responsabilidades quanto à má gestão da SST.

Uma vez tendo sido contextualizado a GSST em MS, passa-se a demonstrar o modelo conceitual de Alianças Estratégicas.

## **5- MODELO DE ALIANÇAS ESTRATÉGICAS ENTRE O SETOR PÚBLICO E A SOCIEDADE CIVIL EM GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR - GSST**

### ***5.1- Considerações Iniciais***

Apresentar um modelo de alianças estratégicas para GSST parece ser utópico, mas, ao mesmo tempo, de suma importância. Importante porque o modelo nasce da experiência prática da pesquisadora quando da sua participação em diversos órgãos do poder público na discussão da SST, bem como na atuação como consultora de empresas para a promoção da saúde do trabalhador. As propostas apresentadas estão fundamentadas na visão sistêmica que utiliza o enfoque da administração estratégica e de alianças estratégicas, fornecendo subsídios para a formação do BD.

Pode ser considerado utópico pela gama de atores que participam e a diversidade de interesses que está em jogo. Contudo, se não houver consenso entre os atores sobre o que se quer na GSST, não haverá como ter governabilidade sobre o assunto não só na esfera pública como, também, na privada. Por isso se faz necessário o trabalho de conscientização de todos os atores (servidores públicos – municipais, estaduais e federais e, sociedade civil – trabalhadores, empregadores, Conselhos de Saúde; pesquisadores).

O modelo proposto visa fortalecer as inter-relações ministeriais para o gerenciamento e controle da GSST não só pelo governo, como pela sociedade civil, indo ao encontro do novo modelo de gestão pública – GESPÚBLICA, adotado pelo Governo Federal.

A finalidade deste modelo é a de servir como referência teórica para o setor público e a sociedade civil, dentro da reestruturação que passa o sistema de saúde, previdenciário e o setor produtivo, para que seja assegurado ao usuário/cidadão o direito a saúde, a previdência, bem como o direito de voltar para casa e poder usufruir a convivência familiar, sem impedimentos decorrentes dos agravos à saúde do trabalhador.

### ***5.2- GSST – Visão Geral***

O entendimento da GSST depende da interpretação do contexto laboral que o Brasil se encontra e de fatores tais como: tecnológicos, econômicos, sócio-culturais, políticos e jurídicos que exerçam influências sobre o seu gerenciamento e desempenho.

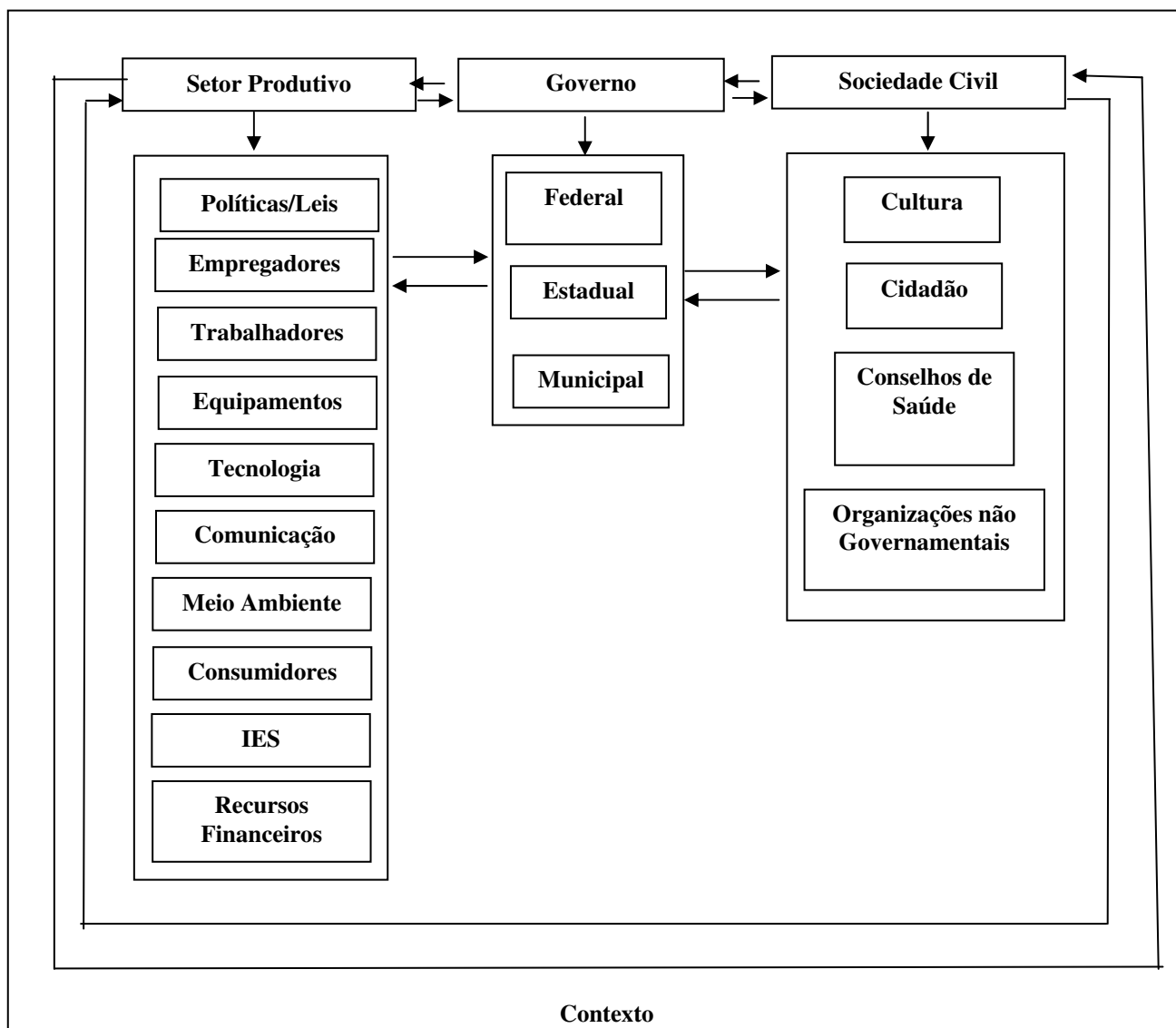
Pôde-se verificar ao longo das exposições dos capítulos deste estudo que a GSST é composta por segmentos que estão ligados direta ou indiretamente ao processo do trabalho.

As atividades em que envolve o processo da GSST englobam:

- Disponibilização de vagas de trabalho pela classe patronal;
- Atividade laboral exercida pelos trabalhadores, podendo ser formal (com carteira assinada) ou informal;
- Atendimento do trabalhador/cidadão nas UBS e/ou nos hospitais;
- Atendimento do trabalhador/cidadão na confecção da CTPS;
- Fiscalização do ambiente laboral pela Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador (em empresas com quarenta e nove trabalhadores ou menos) ou DRT (empresas com cinquenta trabalhadores ou mais);
- Assistência ao trabalhador/cidadão quando acometido em acidente de trabalho ou doença ocupacional, pela Previdência Social;
- Representatividade da classe patronal, via sindicato;
- Representatividade da classe trabalhadora, via sindicato;
- Atividades de pesquisa para desenvolvimento de ambientes laborais seguros e saudáveis e,
- Desenvolvimento de sistema de informação em SST, Em nível local.

A visão sistêmica da GSST tem como finalidade evidenciar o inter-relacionamento entre a sociedade civil e o setor público e demonstrar que a gerência da SST não pode ser feita isoladamente, pois comprometerá diretamente tanto na segurança do trabalhador, como na sua saúde, prejudicando, assim, a economia do país (queda na produtividade por absenteísmo) e, aumentando os custos do Ministério da Saúde e da Previdência Social.

A figura 7 apresenta um modelo de visão sistêmica do contexto social e as interações entre os atores (modelo proposto pela pesquisadora), onde se poderá verificar uma sequência de participação e ações que influenciam na manutenção ou não da saúde do trabalhador, dependendo de como se dão as interações dos três segmentos envolvidos.



**Figura 7 – Visão Sistêmica do contexto social e as interações ente as atores.**

O setor produtivo sofre influências das políticas e leis estabelecidas pelos governos; depende dos recursos financeiros disponíveis no mercado para que o empregador possa utilizá-los; depende da mão-de-obra da classe trabalhadora que, sem ela, não poderia haver produção; depende das máquinas e equipamentos, da tecnologia desenvolvida pelo empregador/trabalhador ou pelas IES ou empresas privadas, estas dando o apoio técnico às empresas através da inovação tecnológica; depende da comunicação estabelecida não só Em nível micro, dentro da empresa, entre trabalhador e empregador, como Em nível macro, onde a empresa apresenta ao mercado o seu produto e, todo o processo produtivo depende das vendas junto aos consumidores, que geram demanda para que haja toda a dinâmica produtiva.



Em nível governamental, estes elaboram as políticas e leis que venham atender as necessidades da sociedade civil, atendendo aos preceitos constitucionais. O Governo sofre influências também do setor produtivo, através de *lobby* para que não haja rigidez nas leis estabelecidas, que promova incentivo fiscal estimulando, deste modo, a produção e, entre outros tantos interesses. A constituição destes *lobbys* faz com haja pressão em concessões de benefícios unilaterais, que nem sempre é traduzido no bem-estar da coletividade.

A sociedade civil, que é composta pelos cidadãos, possui uma cultura diversificada originada pela sua própria história de colonização, crescimento e desenvolvimento. Ela interfere nas ações governamentais, seja na escolha de seus representantes, seja em movimentos reivindicatórios organizados a partir de algum descontentamento. Faz parte dos Conselhos de Saúde (municipal, estadual ou federal) e, que se organiza de acordo com interesses comuns, em organizações não governamentais em defesa de algum interesse.

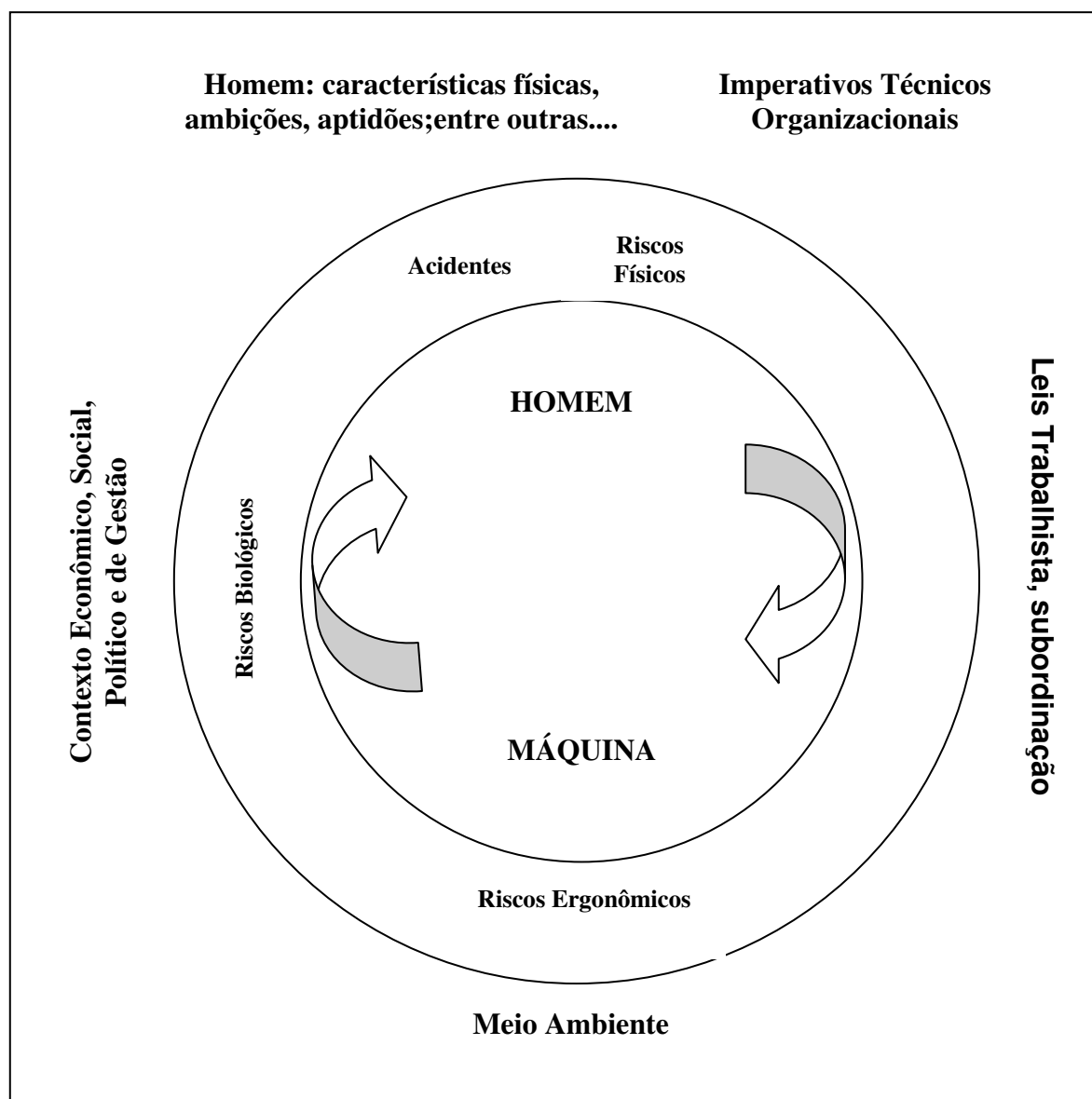
Estes três setores, produtivo, sociedade civil e governo, relacionam-se entre si e estão sempre sujeitos as influências políticas micro e macroeconômicas, leis trabalhistas, previdenciárias e de saúde.

Desta forma, estas interações exercem influências sobre o indivíduo, podendo ser mais bem visualizadas pela figura 8.

No nível macro (mais externo) pode-se ver os cidadãos possuem características físicas próprias, aptidões, atitudes, expectativas profissionais e aspirações, são influenciados por diversos fatores, tais como: decisões políticas que afetam a economia, o meio ambiente, o emprego, através de leis e decretos estabelecidos pelo governo, além do desenvolvimento de tecnologia.

Essas decisões norteiam as ações de empresários quanto ao oferecimento ou não de vagas de trabalho para o cidadão; a utilização ou não de novas tecnologias no processo produtivo onde poderá ou não, gerar um ambiente saudável e seguro para o trabalhador.

Este, por sua vez, poderá estar exposto aos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes que pode levar ao processo de adoecimento. Além disso, os fatores macro-sociais (decisões do governo sobre a sociedade civil), também afetam este trabalhador através do oferecimento ou não de saneamento básico, educação, atendimento à saúde próximo de sua casa, preços acessíveis da cesta básica, índices e juros, entre outras decisões.



**Figura 8 – Modelo representativo da relação Homem X Ambiente Laboral.**

Assim sendo, quando o trabalhador estiver no posto de trabalho, este já está com uma carga de estresse que poderá afetar a sua produtividade. Somam-se a isto, o tipo de tecnologia adotada pela empresa e o modo de gestão que poderá potencializar o processo de adoecimento deste indivíduo, o que ratifica o posicionamento de LAURELL & NORIEGA (1989) quando afirma que o trabalho provoca no trabalhador um desgaste físico e psíquico e, que isto se dá ao caráter social do processo biopsíquico humano.

Pelas exposições de diversos autores apresentados anteriormente (LAURELL & NORIEGA, 1989; DIAS, 1994; MENDES 1988a; MENDES 1988b; FACCHINI, 1993 e FRIAS JUNIOR, 1999) todos são unânimes em afirmar que o contexto social contribui para o aparecimento de doenças ocupacionais, gerando problemas complexos na relação processo de

trabalho e produção e, que esta interação homem-trabalho também está influenciado pela qualidade de vida do indivíduo.

Em nível gerencial, foi diagnosticado problema na GSST nas esferas públicas, descritos no capítulo anterior, já devidamente reconhecido pelos Ministérios de Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego, o da inconsistência das informações fornecidas por estes ministérios é evidente, conforme afirma GTI – MPS/MS/MTE (BRASIL, 2004).

Algumas possibilidades dessas inconsistências possa estar residindo em fatores como:

- Centralização e consolidação das informações Em nível ministerial;
- O não diálogo entre os diversos sistemas, dificultando a obtenção de informações;
- Falta de enfoque no resultado (cultura organizacional);
- Descarte de informações que não são de interesses para o setor, mas que pode ser relevantes quando cruzados com informações de outros setores.

Para minimizar estes fatores, deve haver cooperação entre os ministérios, Estados e municípios a fim de que se possam alcançar os objetivos comuns.

A partir da união dos interesses, poderá se ter um BD que possa subsidiar decisões dos atores envolvidos, proporcionando aos parceiros uma maior possibilidade de sucesso diante dos desafios que o contexto social apresenta.

A hierarquia das alianças estratégicas pode ser estabelecida como:

- Setor público e IES, no diagnóstico dos trabalhadores informais quando acometidos com acidentes de trabalho;
- Sociedade Civil e IES, no auxílio do desenvolvimento de novas tecnologias para o processo produtivo, para a minimização do processo adoecimento-trabalho, apontando soluções;
- Capacitação e aperfeiçoamento entre os diversos atores sobre o contexto da GSST em forma de parcerias institucionais;

- Formação de Redes de Cooperação Horizontais visando a cooperação mútua e desenvolvimento da GSST local;
- Outras formas que possam surgir por intermédio do diálogo.

Esta estruturação possibilitará:

- Obter meios de controle na SST, tanto no setor formal quanto no informal;
- Ganho em acesso a novas tecnologias que auxiliaram na GSST e na produtividade;
- Obtenção de economia com a minimização dos acidentes do trabalho diante das novas tecnologias;
- Estudo e discussão das bases legais em SST.

Os fatores que tendem a motivar a sociedade civil e o setor público a estruturarem em alianças estratégicas são:

- Crescimento da economia.
- Utilização e novas tecnologias.
- Crescente aumento das taxas de acidentes do trabalho e morte no ambiente laboral.
- Incapacidade das instituições públicas em gerir de maneira eficiente e eficaz o serviço destinado ao usuário/cidadão, principalmente no que tange ao tempo de atendimento deste serviço.
- Deficiência da classe patronal nos cumprimentos das leis para proporcionarem um ambiente laboral seguro e saudável, principalmente nas micros e pequenas empresas.
- Falta de conhecimento e conscientização da classe trabalhadora sobre os riscos ocupacionais e a importância de se cumprir às determinações advindas do SESMT da empresa, como, por exemplo, o uso do EPI, participação no programa de Ginástica Laboral, execução de procedimentos seguros quando no posto de trabalho, entre outras.

Estruturar estas alianças, principalmente a da Rede de Cooperação Horizontal, proporcionará práticas metodologicamente testadas para a solução de problemas da GSST, contribuindo, assim, para a consolidação de políticas públicas saudáveis, como aponta

CARVALHO (2003) pois desenvolve o diálogo entre os atores, dando suporte à nova modalidade de ação pública e comunitária em saúde. Para que isto venha acontecer, é necessário o entendimento da vinculação conceitual dupla, envolvendo uma nova concepção de saúde e de Estado e suas relações com a sociedade, os grupos e os indivíduos.

### **5.3 – Apresentação do Modelo Proposto**

A formação de alianças estratégicas entre o setor público e a sociedade civil inicia-se com a análise da base de sustentação legal sobre SST. A sistematização das leis, decretos, portarias e normas, agiliza a identificação do que se deve fazer tanto no setor privado, quanto no setor público (Federal, Estadual e Municipal). Conhecer as influências ambientais internas e externas auxilia na elaboração e proposição dos processos da GSST.

A figura 6 (p. 47) apresenta o modelo de diagnóstico da GSST. Conforme o descrito na metodologia, a GSST foi agrupada em sete processos básicos: segurança no trabalho; saúde no trabalho; previdência e assistência; preservação do meio ambiente; representação sindical do trabalhador; representação sindical patronal; conhecimento em SST; desenvolvimento do trabalhador e, monitoramento, esperando como resultado, práticas éticas e socialmente responsáveis, produtos e serviços competitivos e de alta qualidade e, qualidade de vida na organização empresarial, mantendo a saúde do trabalhador dentro da empresa.

O modelo proposto baseou-se nos seguintes objetivos conceituais:

- a) Desenvolver mecanismos que permitissem a discussão em GSST;
- b) Desenvolver mecanismos de obtenção de dados em GSST;
- c) Desenvolver mecanismos que permitissem a discussão e elaboração de indicadores multilaterais relativos a problemática da GSST;
- d) Desenvolver a padronização de procedimentos operacionais de capacitação em GSST;
- e) Fomentar o desenvolvimento do setor.

Dentro deste modelo, os atores terão o foco no resultado que, neste caso é o oferecimento de serviços públicos que visem o bem-estar do cidadão, cumprindo os preceitos

legais de direito a saúde, a previdência social e, o novo modelo de gestão proposto pelo Governo Federal (GESPÚBLICA).

### *Aliança Estratégica entre a Sociedade Civil com Setor Público*

A aliança estratégica entre os sindicatos os trabalhadores e patronais com o setor público (MTE, GIT – MPS/MS/MTE, Secretaria Estadual do Trabalho, Fundação do Trabalho e Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador) se justifica pela necessidade do cumprimento da fiscalização das leis estabelecidas pelo Governo.

Nesta aliança, visualizando o modelo proposto, tem-se o Processo de Segurança no Trabalho que são processos utilizados para prevenir e manter a segurança no trabalho, tornando os ambientes laborais mais seguros. Incluem a fiscalização das condições dos ambientes de trabalho e, o cumprimento legal.

Em nível local, participam neste processo os empregadores, os trabalhadores, os sindicatos dos trabalhadores, a DRT (em empresas com 50 trabalhadores ou mais) e a Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador (em empresas com 49 trabalhadores ou menos). A base legal para que as ações de fiscalização estão baseadas está na Lei nº 6.514, de 22/12/1977, que altera o Capítulo V do Título II da CLT, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho e, Portaria nº 3.214, de 08/06/1978, que aprova as NR, dando poderes para as DRT fiscalizarem as empresas e, Portaria nº 3.120, de 1º/07/1998, que aprova a NOST, dando poderes legais para a Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador tanto estadual como municipal, possam atuar nos estabelecimentos empresariais, definindo os procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

Os trabalhadores e os Sindicatos dos Trabalhadores fazem o controle social sobre as ações dos empregadores frente ao cumprimento ou não das leis estabelecidas pelo governo. Uma vez detectada o não cumprimento legal, estes deverão acionar a fiscalização para tomada de providências. A participação do Ministério Público do Trabalho neste controle também auxiliaria os trabalhadores na exigência do cumprimento da lei.

O Sindicato patronal participa na defesa dos interesses de seus associados, buscando alternativas do cumprimento da lei, quando da incapacidade de fazê-lo, seja com relação à questão monetária, seja nas questões de cunho tecnológico. Neste sentido, há de se destacar a atuação do SEBRAE instituição esta que auxilia nas buscas de soluções para as micro e pequenas empresas (MPEs), desenvolvendo projetos com parcerias institucionais, buscando

recursos propiciando a melhoria da produtividade local. Foi verificado que, em 1999, esta instituição apresentou o Projeto SEBRAE de Saúde e Segurança no Trabalho junto à micro e pequenas empresas com o objetivo de desenvolver um sistema de prevenção e controle dos acidentes e doenças do trabalho, estabelecendo a Política SEBRAE de SST; elaborando o plano de *marketing* da Política SEBRAE de SST e, desenvolver o Programa SEBRAE de Segurança e Saúde no Trabalho que constava: metodologias de implantação de sistema de gestão integrada de SST nas MPEs; sistema de informação de SST para MPEs; integração de aspectos de SST e de proteção ambiental nos projetos de desenvolvimento tecnológico financiados pelo SEBRAE; instituição do prêmio de SST para MPEs (SEBRAE, 1999).

A Aliança Estratégica entre a Sociedade Civil e Órgãos Públicos Governamentais se justificam pela necessidade da classe trabalhadora e empregadora em acompanhar os avanços econômicos e tecnológicos na tentativa de encontrar alternativas mais eficazes para a viabilização de um ambiente mais seguro e saudável.

Além da ação fiscalizadora que a DRT e a Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador tem pelo poder da lei, estes dois órgãos também deverão manter um BD atualizado, contendo o cadastro das empresas, com nº de empregados, ramo econômico, fatores de risco gerados, acidentes de trabalho notificado e, medidas tomadas - preventivas e de controle, sobre o ambiente de trabalho.

Com relação às ações sobre a saúde do trabalhador, a aliança estratégica entre a sociedade civil (sindicatos os trabalhadores e patronal) com o setor público (federal, estadual e municipal) se justifica pela necessidade do cumprimento ao atendimento do direito à saúde, estabelecido pelo art. 196 da CF (BRASIL, 1998), através de serviços para a sua promoção, proteção e recuperação as doenças e agravos, além do acesso universal e igualitário. No Processo de Saúde no Trabalho destaca-se as ações utilizadas no atendimento e assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho.

O atendimento vindo das UBS é a forma mais rápida e efetiva de se chegar a estes usuários/cidadãos. A capilaridade do SUS é maior quando da utilização deste sistema para capturar dados sobre saúde do trabalhador, tanto formal como informal. Este atendimento possibilita a identificação dos atendimentos decorrentes de acidentes de trabalho e/ou doença ocupacional. Pelo que foi identificado no levantamento do contexto da GSST, a dificuldade encontrada para a obtenção deste dado residiu na recuperação dos mesmos, partindo do

campo “trabalho”, assinalado ou pela recepção da UBS ou pelo médico, quando da consulta. Utilizar este serviço além de estimular o seu aperfeiçoamento, descentraliza o atendimento nos hospitais, deixando estes para casos mais graves, informando, através SIH/SUS, quando o evento estiver relacionado à saúde do trabalhador.

Outro recurso para obtenção de informações sobre acidentes de trabalho e/ou doença ocupacional em trabalhos informais ou formais, está no aproveitamento dos agentes de saúde do Programa da Saúde da Família – PSF. Estes, quando de suas visitas nas residências, deverão estar, portanto formulário próprio para obter informações quando detectar que há alguma pessoa da família afastada do trabalho por este motivo. Uma vez preenchido o formulário devidamente correto, ele deverá informar o SIAB sobre o evento detectado. Esta informação deverá acionar a Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador que, por sua vez deve fiscalizar a empresa, formal ou não, para averiguação do acidente. A elaboração destes formulários bem como o tratamento dos dados poderão ser desenvolvidos por intermédio de pesquisas pelas IES, FUNDACENTRO, FIOCRUZ.

O controle social via Conselhos de Saúde, nas três esferas deve fazer presente neste serviço. Para tanto, os conselheiros deverão passar por treinamento de qualificação para que possam entender sobre o assunto em questão, além de ter como membros representantes tanto da classe dos trabalhadores, como na patronal, somado as participações de representantes da Associação Local de Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança do Trabalho e, Psicologia do Trabalho. Cabe aqui a identificação dos tipos de acidentes aos quais os trabalhadores, tanto formais, como informal foram expostos para formação de dados epidemiológicos local.

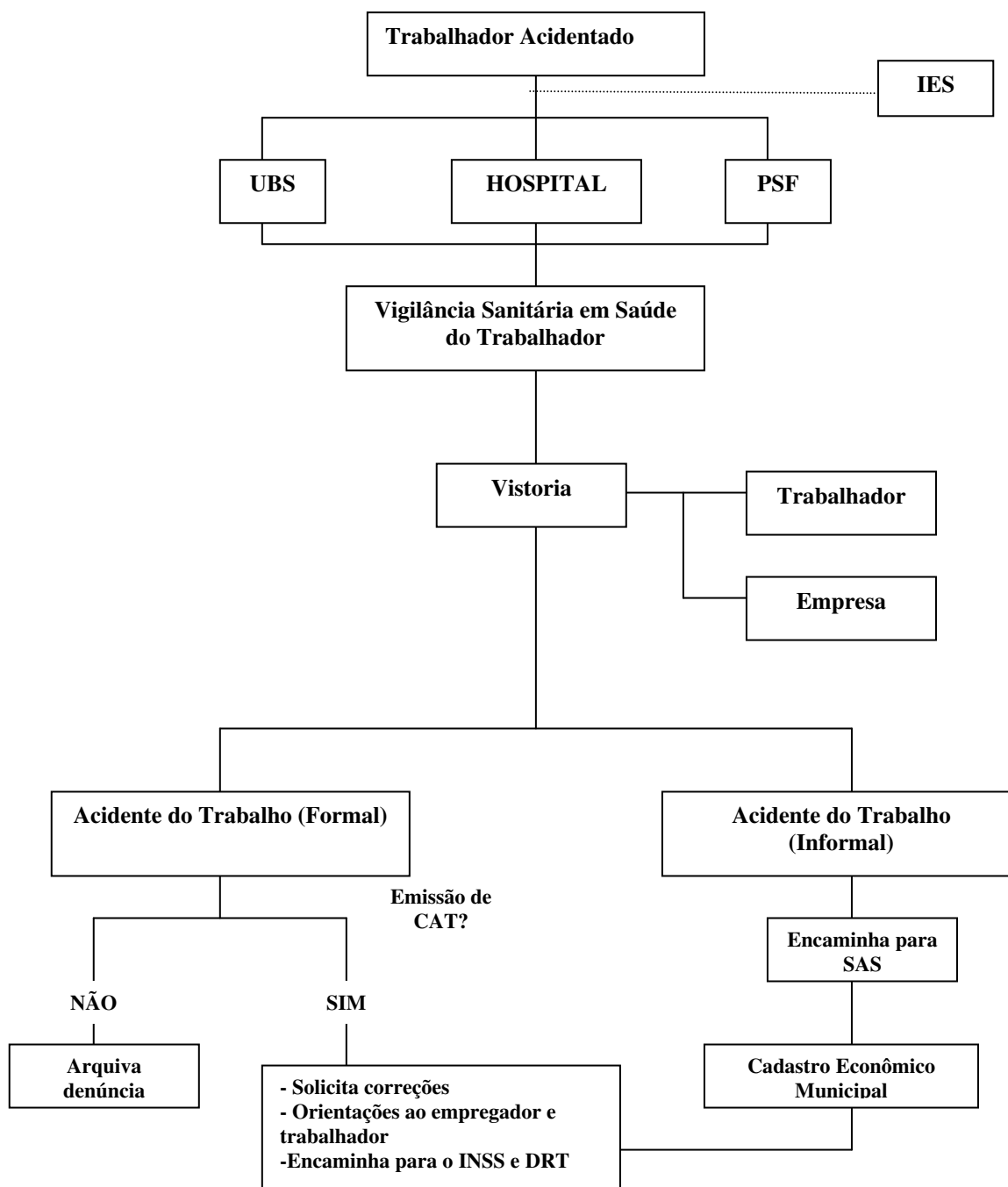
Os sistemas de informação já existentes deverão fornecer dados sobre saúde do trabalhador. Para tanto, deverá se discutir entre os gestores, metodologias de capturação destes dados bem como a formação de indicadores para controle deste serviço. A formação de um BD para pesquisa, tomada de decisão e planejamento estratégico deve fazer parte nas três esferas além, também, esta cultura deverá ser disseminada nas empresas, como forma de controle da SST.

Em se tratando sobre a assistência previdenciária do trabalhador, a aliança estratégica entre a sociedade civil (sindicatos os trabalhadores e patronal) com o setor público (federal,



estadual e municipal) se justifica pela necessidade do cumprimento ao atendimento do direito à previdência e assistência social, estabelecido pelo art. 194 da CF (BRASIL, 1998).

Levar ao conhecimento do trabalhador/cidadão as vantagens de se ter este serviço, é o um dos desafios do serviço público. A identificação dos trabalhadores informais para levar informações sobre a seguridade social, esclarecendo sobre o assunto é um mecanismo importante, garantindo ao cidadão o direito de se aposentar e usufruir dos dez serviços que o governo oferece. Cabe aqui parcerias institucionais entre sociedade civil, prefeituras e IES, para desenvolvimento de pesquisa de diagnóstico sobre o setor informal. Além da identificação deste trabalhador, afastado por acidente de trabalho ou doença ocupacional, identificado pelo agente de saúde do PSF, que deverá acionar a Secretaria de Assistência Social (SAS) do município para averiguação e encaminhamento para esclarecimento sobre o assunto. A figura 9 mostra de forma esquemática, como funcionaria a parceria Em nível municipal para identificação do trabalhador informal que sofreu acidente do trabalho.



**Figura 9 – Identificação do trabalhador informal para encaminhamento a formalidade, Em nível municipal.**

Para manter o meio ambiente preservado com o seu uso racional, a aliança estratégica entre o setor público, sociedade civil e IES se justificada pelas questões legais, cumprimento das leis ambientais, pelos problemas que possam aparecer decorrentes do processo produtivo, acidente no trabalho ou por uso indevido de substâncias tóxicas, como por exemplo, a utilização de pesticidas no campo. As pesquisas vêm auxiliar no desenvolvimento de novas metodologias de manejo ambiental para a preservação da flora, fauna e do homem inserido neste local.

Nos processos de representação sindical dos trabalhadores e patronal, as alianças estratégicas passam pelas parcerias com órgãos públicos e IES, para aquisição de conhecimentos sobre o assunto.

No caso dos trabalhadores, palestras de esclarecimentos sobre as competências básicas de cada órgão público e encaminhamentos de ações, auxiliariam nas negociações entre esta classe e a patronal. Outra estratégia está na qualificação dos trabalhadores. Nesta, noções sobre segurança e saúde no trabalho deve fazer parte do currículo, como na experiência de qualificação profissional para o primeiro emprego proposto pelo SENAC, no projeto “Aprendizagem Comercial”. Segundo RODRIGUES (2004), é importante no processo de qualificação profissional que o menor aprendiz saia desta formação consciente que ele é responsável pela sua saúde. Não fumar, evitar bebidas alcoólicas, ter uma nutrição balanceada, praticar exercícios físicos regularmente, dormir de seis a oito horas são conceitos trabalhados neste bloco temático no projeto. Na questão da segurança no trabalho, o aprendiz deverá ser capaz de identificar os riscos laborais e, sugerir mudanças junto à chefia para a eliminação ou minimização destes riscos.

Iniciativa positiva como esta deve ser copiada e ampliada para a sociedade uma vez que os resultados práticos obtidos junto à coordenação pedagógica, apontam para uma melhor produtividade, conscientização do trabalhador e manutenção da saúde do indivíduo.

Na classe dos empregadores, a falta de conhecimento com relação aos aspectos de segurança e saúde do trabalho dentro do seu ramo de negócio é evidente, haja vista o número de acidentes de trabalho que são registrados.

Os acidentes de trabalho nas MPEs são preocupantes tanto para a OMS como para a OIT. Um caminho para solucionar este problema que vem se agravando devido ao aumento de aberturas de MPEs seria parcerias institucionais entre prefeituras, micro e pequenos empresários e, IES na qualificação destes indivíduos para melhor gerir o seu negócio. As prefeituras poderiam organizar um grupo de microempresários e, com recursos do governo federal somando aos recursos destes empresários, promoveria a qualificação dos mesmos em SST, podendo proporcionar uma maior conscientização por parte do empregador no oferecimento de um posto de trabalho seguro e saudável.

Caso o empregador ao elaborar o plano de negócio identificar quais são os riscos laborais que este segmento econômico produz, planejando o seu controle, o número de

acidentes de trabalho teria um decréscimo. O papel de instituições como SEBRAE, SENAC, SENAI e IES é de grande relevância na qualificação do empresário.

### *Alianças com IES*

No contexto atual de mudanças rápidas de tecnologias, mercado de trabalho, os sindicatos dos trabalhadores, patronais e as instituições governamentais devem participar do desenvolvimento de pesquisas promovidas pelas universidades locais, dividindo riscos para que tão logo seja produzido um novo conhecimento, este seja implantado na sociedade. A escolha por esta aliança é estratégica uma vez que estudos científicos vêm auxiliar no desenvolvimento de máquinas, equipamentos, sistemas de gestão capazes de melhorar a produtividade, quando da minimização dos acidentes do trabalho e, controle de doenças ocupacionais decorrentes do ramo de negócio.

Trabalhar em empresas com preocupação com a qualidade de vida no trabalho de seus trabalhadores é um atrativo que vem atraindo cada vez mais profissionais qualificados para as empresas.

No nível de governo, a melhora da qualidade de vida no trabalho privado, pode se traduzir na diminuição da aplicação de recursos públicos com tratamentos de saúde, reabilitação, pensões por invalidez do cidadão acometido por acidentes de trabalho ou doença ocupacional.

O acesso a pesquisas é limitado a uma definição de interesses mútuos entre os diversos atores e as IES e podem ser organizadas de várias formas tais como: a)- rede de cooperação horizontal, onde várias IES junto com outros órgãos ou instituições, a FUNDACENTRO, por exemplo, desenvolvem pesquisas de temas comuns (cooperação técnica); b)- financiamento de estudos; c) contatos com docentes; d)- uso comum das instalações.

Além destes estudos, as IES podem desenvolver metodologias de qualificação dos trabalhadores na SST, materiais educativos como *folders*, vídeos, cartilhas, entre outros, contribuindo, desta forma para o desenvolvimento dos trabalhadores na questão da SST.

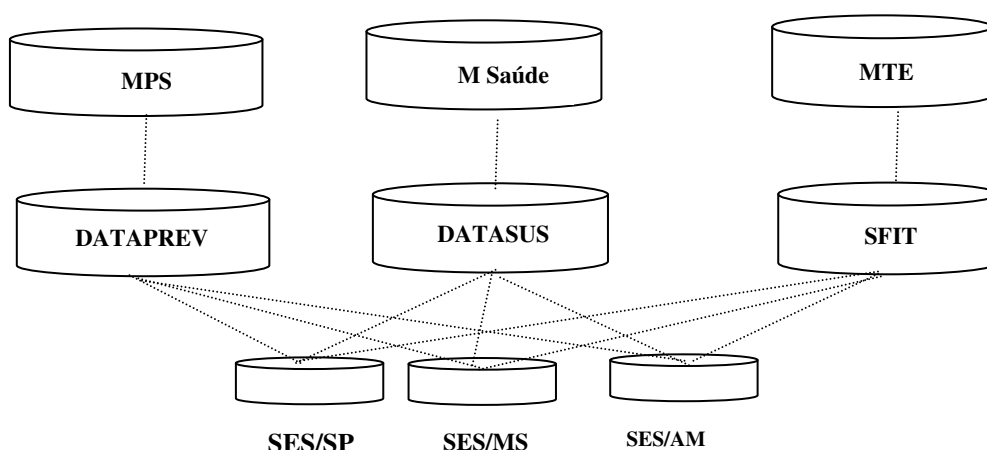
### *Sistema de informação em SST*

O sistema de informação em SST é, dentro da GSST um dos grandes desafios governamentais para a obtenção de dados consistentes entre os ministérios a fim de direcionar ações, definir prioridades para as políticas públicas e, para facilitar o controle social.

Desenvolver um sistema de informação em SST permitiria ter transparência e eficácia das ações, uma rápida identificação das mudanças e transformações do mercado de trabalho e suas implicações na saúde do trabalhador. Para isso, as bases de dados locais deverão ter autonomia na consolidação dos dados coletados, de preferência *online*, para atender as necessidades dos setores que atuam na SST.

A elaboração de indicadores de governabilidade em SST passa a ter uma importância maior para tomadas de decisões gerenciais e/ou estratégicas. Para tanto, cada governo local deve discutir seus problemas, definir o que é emergente e, estabelecer estes indicadores para implementação. A descentralização das informações e o acesso a ela precisam vir na forma de treinamento e infra-estrutura tecnológica para os seus usuários.

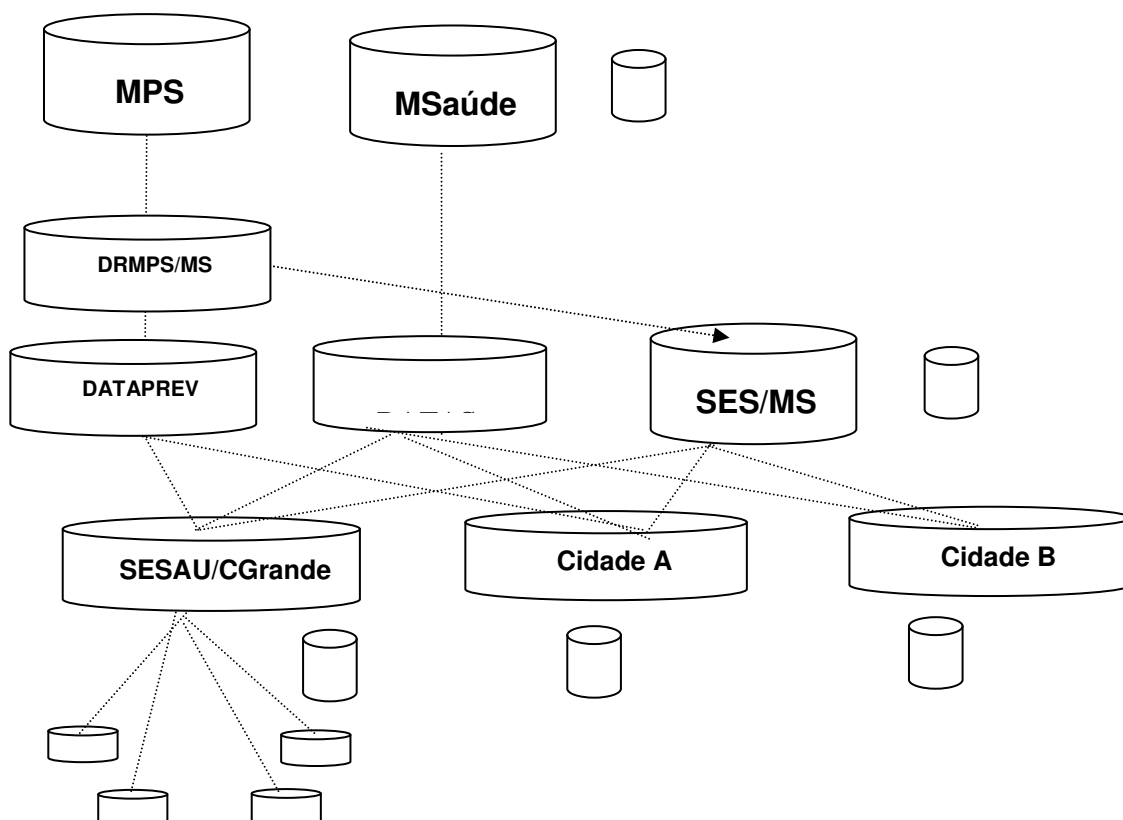
Desta forma, passa-se a apresentar sugestão da utilização do conceito BD distribuído, na disponibilização das informações para o apoio a decisões dos diversos atores envolvidos na GSST. A figura 10 apresenta uma topologia representativa da gerencia dos ministérios públicos, representados por três, quando da GSST.



**Figura 10 – Topologia de processamento representativo dos ministérios públicos na GSST.**

A figura 10 mostra como os diversos ministérios têm suas informações centralizadas neles, mas com uma quantidade significativa de processamento que ocorre no nível local que, neste caso, são as Secretarias Estaduais de Saúde. A centralização local das informações na SES justifica-se pelo controle que esta teria mediante a captura dos dados nas UBS, hospitais, pelos diversos sistemas de informação (SIAB; SAI; SIM, PNI, SIH, SISCOLO, VIGISUS). No que se refere ao processamento operacional, os sistemas são autônomos.

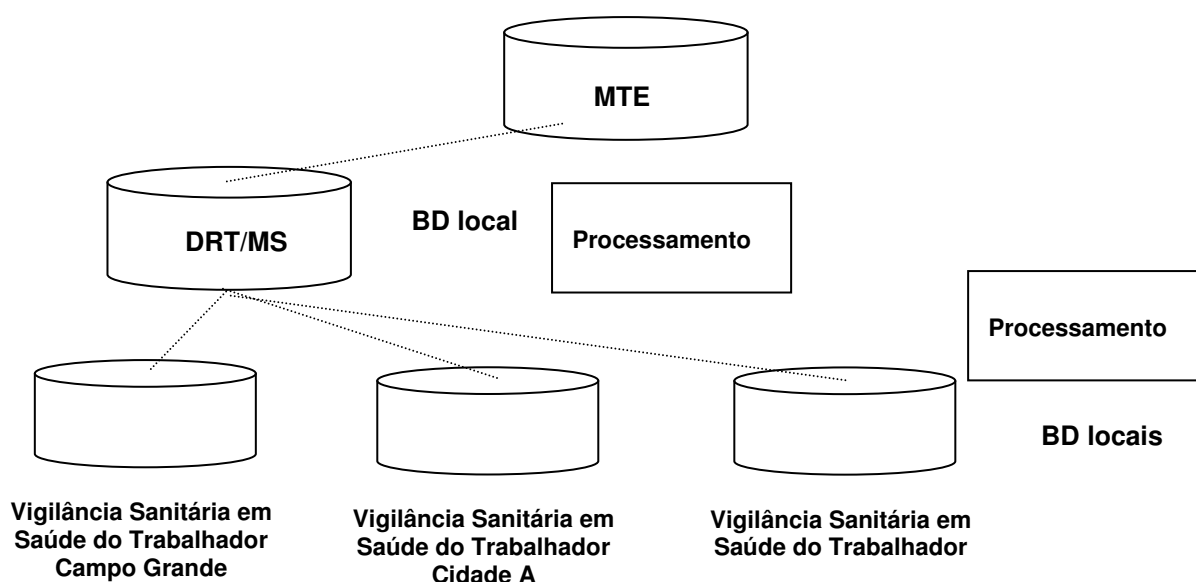
A proposta do gerenciamento dos dados em SST está em dar autonomia local para os estados e departamentos regionais dos diversos ministérios. A figura 11 mostra um exemplo da aplicação do BD local na GSST.



**Figura 11 – Sugestão de criação de um nível de BD em duas camadas.**

Na figura 11 há um BD local para diferentes cidades do estado de MS. Estes BD local contém dados que são de natureza histórica e são integrados dentro do site local. No exemplo, os dados são alimentados pelas UBS, via recepção e/ou médico e PSF, via agente de saúde no registro de acidente de trabalho informal/formal. Estes alimentam os sistemas de informação correspondentes (SIA, SIAB, VIGISUS). Os dados são capturados pelos sistemas DATAPREV, DATASUS e, pela SES/MS. Os dois primeiros encaminham os dados para consolidação global, Em nível de ministérios e, a SES/MS, consolida os dados Em nível local, tendo a informação disponível mais rapidamente do que no sistema atual que envia os dados para os Ministérios para depois voltar aos estados de origem. Nota-se que o departamento Regional do Ministério da Previdência também envia dados para a SES/MS, para atualização dos dados (dados emitidos por empresas formais). Neste exemplo não há estrutura de dados de um BD local para outro (nível municipal).

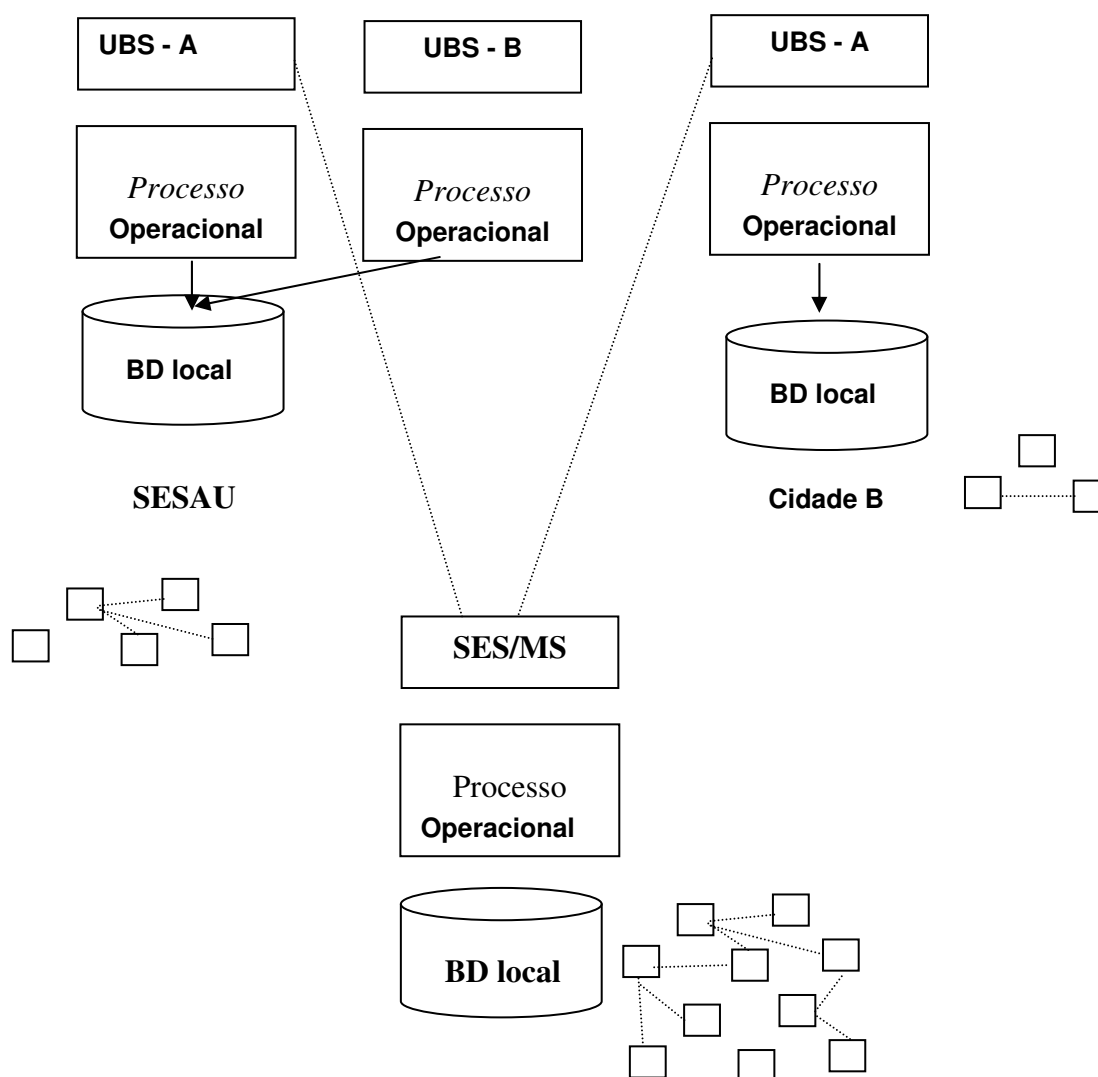
O BD global tem como objetivo a GSST na esfera federal. Cada um dos BD locais inseridos nele tem como objetivo o site local a que este serve. O objetivo do BD global é a GSST para um melhor atendimento das necessidades do usuário/cidadão. Assim como os BD locais, o BD global contém dados históricos. A fonte dos dados para os BD locais é apresentada pela figura 12, onde se pode verificar que cada BD local é alimentado pelos seus próprios sistemas operacionais.



**Figura 12 – Aparência de um típico BD distribuído.**

Neste exemplo há diferentes coordenadorias de vigilâncias sanitárias em saúde do trabalhador (nível municipal), que mantêm dados de natureza histórica e são integrados dentro do site local (DRT/MS), complementando os dados das empresas cadastradas e notificadas com menos de 50 trabalhadores. SW local, em nível estadual, por sua vez, alimenta o BD global (MTE). A figura 14 mostra que o BD global é alimentado por sistemas operacionais locais já existentes.

Em se tratando da multiplicidade de dados entre os diferentes BD locais, a figura 13 mostra que cada BD local tem estrutura e conteúdo de dados próprios e únicos.

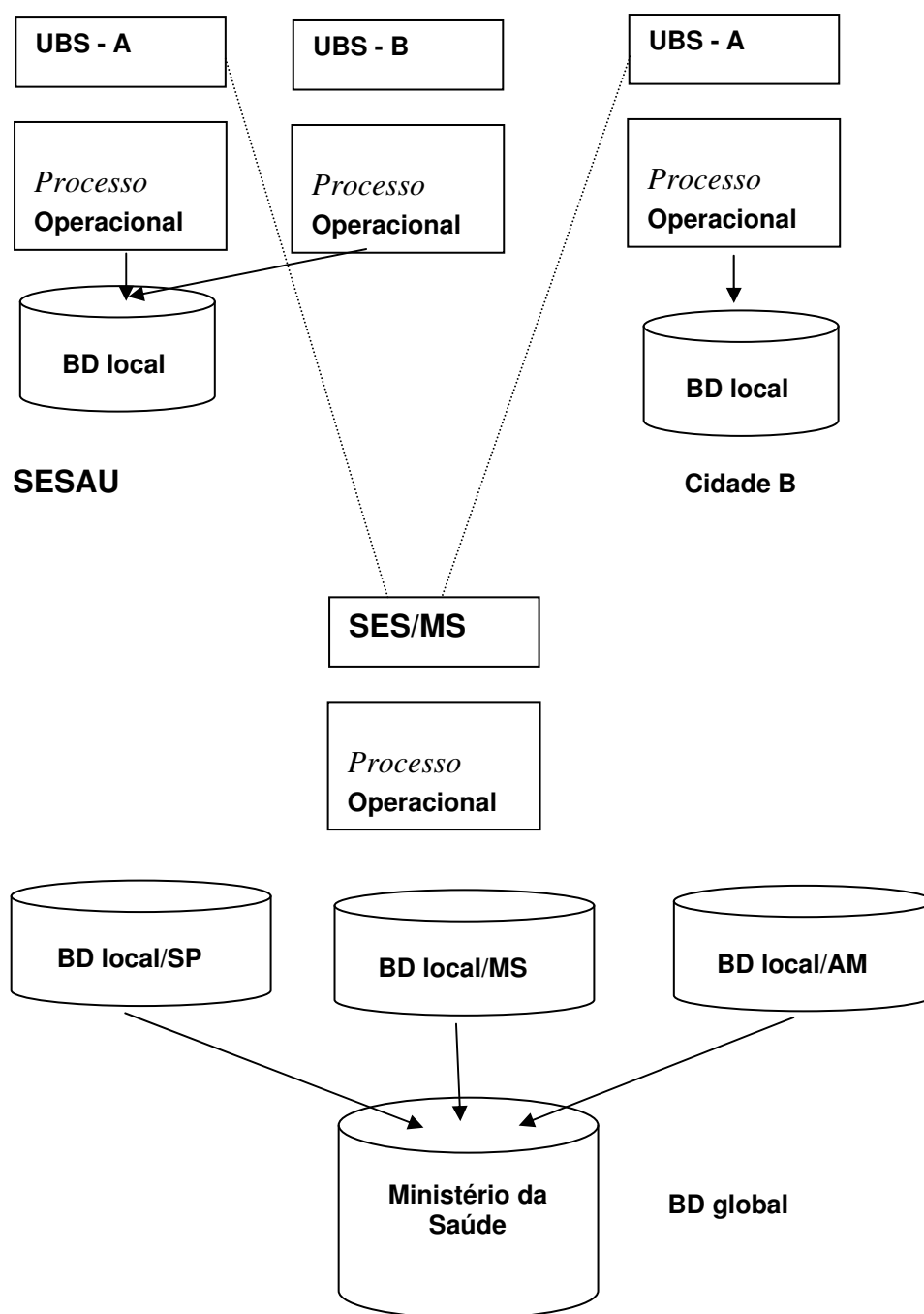


**Figura 13 – A estrutura e o conteúdo dos BD locais são muito diferentes.**

A figura apresenta a alimentação dos dados via UBS, que terá um BD local (SESAU, p. ex.). O sistema também alimenta o BD local da SES/MS que consolida os dados dos setenta e sete municípios de MS.

Em nível federal, o Ministério da Saúde, por sua vez, terá o BD global que será alimentado por sistemas operacionais já existentes (figura 14).

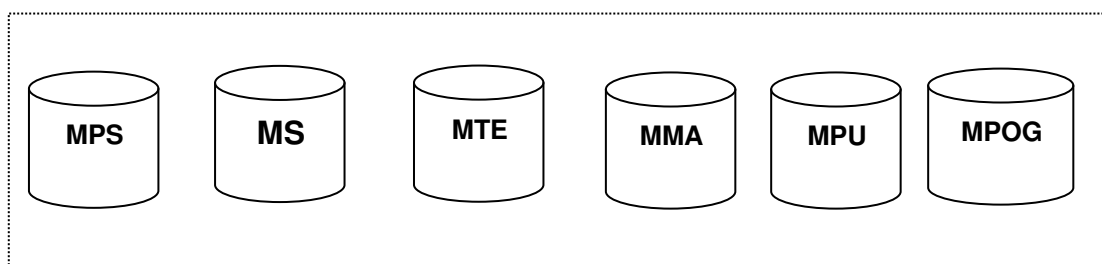




**Figura 14 – O BD global é alimentado pelos sistemas operacionais remotos.**

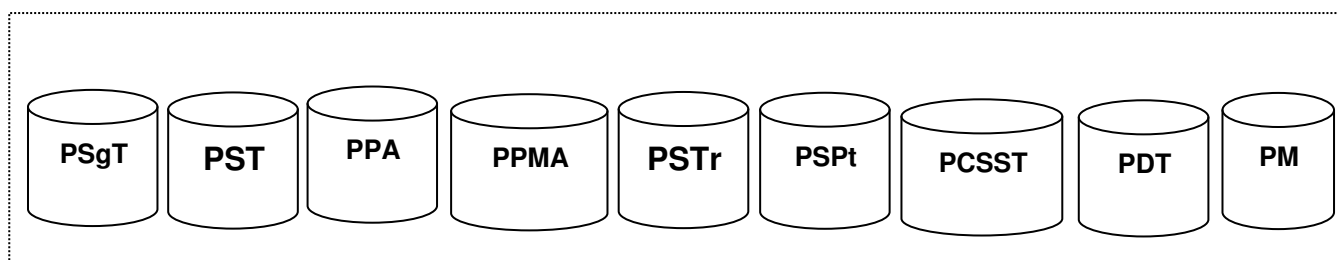
A justificativa de se adotar o BD distribuído na GSST, não reside somente na dispersão geográfica dos dados e, o alto grau de integração entre os diversos ministérios.

A figura 15 demonstra os diferentes sites da GSST. Há o site do Ministério da Previdência Social; da Saúde, do Trabalho e Emprego, do Meio Ambiente, do Ministério Público da União e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Cada site dispõe de seus próprios dados únicos. Não há sobreposição de dados entre um site e outro.



**Figura 15 – Diferentes sites da GSST.**

Dentro do modelo proposto de alianças estratégicas, do BD da GSST é composto por nove sites para acessibilidade de informações, como demonstra a figura 16.



**Figura 16 – Diferentes sites da GSST do modelo proposto.**

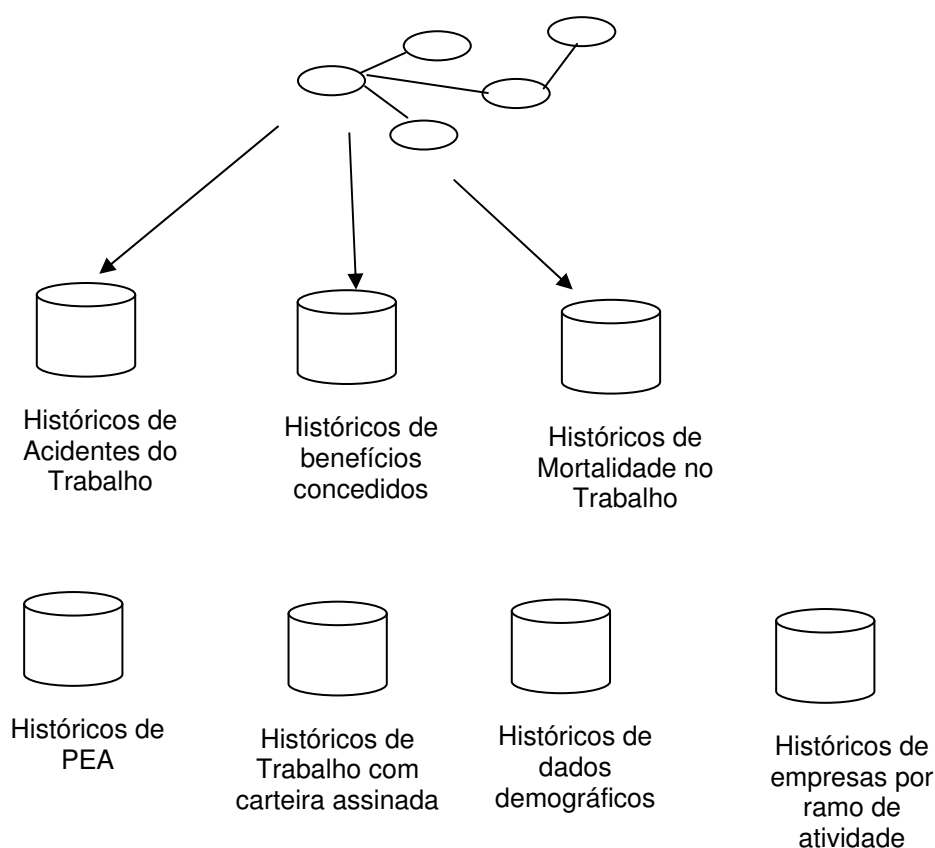
O primeiro passo sugerido para a construção do sistema de informação da GSST, é a criação do BD local em cada cidade, de acordo com as necessidades de informação que são exigidas Em nível legal, pelos ministérios. Cada cidade constrói o seu próprio BD autônomo e único. É interessante observar que não haverá dados detalhados redundantes entre as diferentes cidades. Após o preenchimento, poder-se-á obter informações sobre a GSST, conforme o modelo proposto.

O modelo de dados da GSST reflete a integração da gestão em SST no nível federal. Dessa maneira, o modelo de dados da GSST pode sobrepor-se consideravelmente a porções dos modelos de dados locais. Esta sobreposição é normal. De qualquer maneira, compete ao governo federal, por intermédio do GTI determinar como deve ser feito o encaixe entre a necessidade da GSST e a capacidade local de fornece-los. A organização local conhece seus próprios dados melhor do que qualquer outra e está mais bem equipada para demonstrar de que maneira os dados locais precisam ser moldados e remoldados para atender as especificações do projeto do sistema de informação em SST. A figura 15 apresenta a construção e o povoamento do BD da GSST, a partir das informações relativas a saúde do trabalhador.

A fonte do BD da GSST pode ser o BD local ou os sistemas operacionais locais. A determinação do sistema de registro deveria ser uma decisão tomada inteiramente no nível local.

Outra preocupação que se deve ter diz respeito aos metadados<sup>8</sup>. É por meio destes que é alcançada a coordenação das estruturas de dados ao longo das diversas localidades onde o BD é encontrado.

O modelo de dados forma a base do BD. A figura 17 demonstra que, à medida que o projeto de construção do BD evolui, o modelo de dados é partido em várias tabelas, cada uma das quais fisicamente se torna parte do BD.



**Figura 17 – O BD GSST é fisicamente evidenciado por meio de diversas tabelas e bancos de dados.**

<sup>8</sup> Metadados são dados sobre os dados.

*A obtenção dos dados no modelo proposto.*

No Processo de Segurança no Trabalho (PSgT) os dados são obtidos a partir dos registros das DRTs, via SFIT e, da Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador (VSST), pelo VIGISUS, conforme aponta a figura 12. As VSST de cada cidade informa ao DRT local sobre suas atividades que, somando com as atividades dos fiscais do DRT, atualiza os dados gerais.

No Processo de Saúde no trabalho (PST) e o Processo de Previdência e Assistência (PPA), os dados são obtidos como o demonstrado pela figura 11, pelos sistemas SIAB, SIA, DATAPREV e, sistematizado, primeiramente, em nível local municipal (SUS), depois estadual (via SES e DRPS) e, por fim, ao nível federal (Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde).

No Processo de Preservação do Meio Ambiente, os dados são coletados junto à denúncia ou acidente no meio ambiente, consolidado Em nível local e encaminhado ao Ministério do Meio Ambiente.

No Processo de Representação Sindical do Trabalhador (PSTr) e, no Patronal (PSPt), deverá ser formado um BD com os registros de todos os sindicatos no Estado, contendo nome, segmento econômico, número de associados, atividades desenvolvidas no ano, entre outras informações. Este BD deverá estar disponível na Secretaria de Trabalho, Cidadania e Emprego ou em uma IES, para consulta da população civil.

No Processo de Conhecimento em SST (PCSST), deverá ser formado um BD da produção de conhecimento sobre SST em MS. A idéia é pela formação da Rede de Cooperação Horizontal entre IES de MS; governo federal, estadual de municipal, FUNDACENTRO, CEREST, sindicatos patronais e dos trabalhadores. Este BD deverá estar disponível (ou em IES, ou no Governo Estadual), para consulta da população civil, pesquisadores, empregadores, trabalhadores, a fim de se difundir o conhecimento produzido nesta área, em MS.

No Processo de Desenvolvimento do Trabalhador, deverá, a partir de estudos em SST pelos órgãos de pesquisas (IES, FUNDACENTRO, entre outros) identificar as áreas com defasagens sobre conhecimento em SST, junto aos trabalhadores. Desenvolvimento de metodologias para qualificação profissional com enfoque em SST preventivo e, formações de BD com estes projetos pedagógicos, deverão ser formadas com metodologias de avaliação

durante e após o curso ministrado. Este BD deverá estar disponível na FUNDACENTRO ou IES/MS.

No processo de monitoramento deverá ser formado um BD, com determinação de indicadores, na área de SST, para avaliação de formação de tendências temporais. Os dados poderão ser obtidos junto ao BD local, em nível estadual e, através de Fóruns de Discussão na área (Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, CEREST, FSSTMS, entre outros), a partir da análise destas tendências, poder-se-ia identificar as áreas com problemas, de modo pontual, identificando o tipo de problema (acidente de trabalho ou doença ocupacional) localização territorial, empresa, gêneros mais acometidos, entre outras informações que se identificarem como relevante. A partir destes dados, o monitoramento da GSST poderá ser feito tanto Em nível municipal, estadual como no federal.

Com a operacionalização do modelo, a GSST terá um caráter mais democrático e ético quando da gestão da SST por parte dos órgãos públicos e, a sociedade civil terá uma maior possibilidade de controle social.

#### **5.4 – Etapas de Implantação do Modelo**

Segundo Tarapanoff (citado por ROCHA, 2003), a abordagem sócio-técnica estruturada que desenvolve a partir da análise teórico-sistêmica oferece elementos necessários para a elaboração de um referencial teórico para o gerenciamento estratégico das informações.

No processo do GSST, as alianças estratégicas devem estar identificadas de acordo com os preceitos legais descritos ao longo deste estudo, bem como baseadas em um sistema de informações estratégico/administrativo orientando o processo decisório no planejamento das ações necessárias.

O referencial histórico é a base do modelo conceitual possibilitou a compreensão das necessidades e uso das informações relevantes em GSST.

A implantação do modelo proposto deve passar pelas etapas descritas abaixo, considerando-se o processo democrático tendo a discussão entre os atores envolvidos perpassa dentro da ótica voltada para Políticas de Saúde Pública Saudáveis, como apontou CARVALHO (2003).

Para tanto, se faz necessário que sejam adotados os seguintes passos:

- a) Apresentar e discutir do modelo junto aos atores envolvidos no Fórum de Saúde do Trabalhador;

- b) Elaborar de um BD em cada processo do modelo em parcerias com IES, conforme o apresentado e discutido (com ou sem alterações na proposta);
- c) Capacitar trabalhadores públicos no preenchimento das informações sobre SST;
- d) Capacitar dos gestores, sindicalistas patronais e dos trabalhadores sobre os aspectos legais em SST;
- e) Discutir para formação de indicadores em SST em nível local;
- f) Discutir quanto a periodicidade para a apresentação do relatório de cada processo (mensal, bimestral, semestral ou anual) para divulgação, avaliação e monitoramento em SST;
- g) Elaborar do perfil epidemiológico em SST;
- h) Classificar as empresas de acordo com a atividade econômica desenvolvida, com indicação de fatores de risco de exposição junto aos seus trabalhadores e população;
- i) Elaborar programas educacionais para o ensino fundamental, médio e de capacitação profissional permanente em SST, com avaliação da metodologia proposta.

Este modelo procurou atender aos aspectos legais pertinentes a área e, a proposta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PSST) quanto a estruturação de uma rede integrada de informação em SST (BRASIL, POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR, 2005) que compreende:

- Padronização dos conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos a SST relacionados aos processos de trabalho.
- Compatibilização dos sistemas e Bases de Dados a serem compartilhados pelos Tem, MPS, MMA e Ministério da Saúde.
- Compatibilização dos instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações.
- Instituição da concepção de nexos epidemiológico presumido para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

- Atribuição ao SUS a competência de estabelecer o nexo etiológico dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho e analisar possíveis questionamentos relacionados com o nexo epidemiológico presumido.
- Inclusão nos sistemas e bancos de dados de informações contidas nos relatórios de intervenções e análises dos ambientes de trabalho, elaborados pelos órgãos de governo envolvidos nesta política.
- Desenvolvimento de um amplo programa de capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em SST, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação nos diversos espaços sociais aonde venham ocorrer estas ações.

### **5.5 – Considerações Finais do Capítulo**

O modelo proposto baseou-se na cooperação entre a sociedade civil e o setor público, cuja finalidade é à participação na discussão da GSST, pelo fortalecimento do controle social das ações públicas, fazendo com que as Políticas Públicas Saudáveis seja socialmente construídas e legitimadas. O modelo proposto objetivou a organização e o desenvolvimento da GSST como forma de discutir e controlar os problemas advindos do sistema de produção e do contexto social.

A proposta de alianças estratégicas entre a sociedade civil e o setor público enfatiza que se deve se estruturar sistemas de informação em SST em nível local e global; discussão entre os atores envolvidos sobre necessidades que se apresentam na relação saúde-trabalho, formas de participação social para uma melhor gestão.

## 6- CONCLUSÃO

A globalização econômica possibilitou uma maior dinâmica da economia, como o incremento no fluxo monetário, além da geração de empregos. Com ela novos cenários se formaram como a perda da autonomia política dos Estados Nacionais onde as decisões devem ser baseadas no contexto que extrapolam os limites territoriais nacionais. Ela também propiciou as transferências tecnológicas entre as nações, possibilitando a mistura de novas tecnologias como as de gestão, produtos químicos novos, equipamentos, entre outros; com processos arcaicos e maquinário obsoletos. Estas misturas trouxeram um novo contexto que está interferindo na saúde e na segurança do trabalhador.

A discussão da repercussão desta nova realidade dentro do cenário nacional, bem como a descrição da GSST, foi o foco deste estudo.

Constatou-se que a SST deve ser vista como um fenômeno social e que as implicações decorrentes das relações entre o processo produtivo e a organização do trabalho na era da globalização, afetam o bem-estar do indivíduo.

Entender o conceito de Administração Pública e sua diferença com a Administração Privada é importante para que se possa gerir a coisa pública dentro dos princípios legais. As diferenças entre o setor público e privado iniciam-se pelas finalidades das atividades que, no setor público é prestar serviços à sociedade e, no setor privado é o lucro; o setor privado preocupa-se com a satisfação do cliente, no setor público a preocupação tem que estar alicerçada no dever; no setor privado o cliente remunera diretamente pelo produto adquirido, no setor público o cliente paga indiretamente, via imposto e, as políticas voltadas para a qualidade no setor privado referem-se as metas de competitividade, no setor público, a meta é a busca da excelência no atendimento a todos cidadãos/usuários, ao menor preço possível.

Com relação ao modelo de gestão, verificou-se que quando há mudanças na prática de gestão, há mudanças no modelo de gestão. Este entendimento deu-se pela compreensão conceitual de modelo de gestão como o corpo de conhecimento compreendido como conjunto de princípios, técnicas e explicações que orientam a concepção e o modo de funcionamento de todos os elementos constituintes de uma organização. A verificação desta afirmação deu-se pela observação quando da adoção dentro do novo modelo de gestão – GESPÚBLICA, fazendo com que não só o governo federal mude suas práticas de gestão, como também os governos estaduais e municipais são influenciados. Contudo, o entendimento das diretrizes da GESPÚBLICA não foi evidenciado junto aos servidores federais nos ministérios estudados e,



nos níveis abaixo (estadual e municipal), verificou-se que nas adequações da sistematização dos dados sobre Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador também não há entendimento necessário para que o fluxo de informação seja estabelecido, de forma consistente. As transformações ocorridas na organização e gestão em SST são dinâmicas, exigindo mobilidade gerencial dos gestores públicos para adequar as novas às ações as novas necessidades.

Constatou-se que há inconformidade no atendimento dos serviços públicos relacionados a GSST frente aos usuários/cidadãos, seja na fiscalização do ambiente laboral, cuja ação está sendo prejudicada devido à falta de recursos humanos e financeiros, tanto na esfera federal, por intermédio da fiscalização do DRT, quanto na municipal, pela ação dos fiscais da vigilância sanitária em saúde do trabalhador e, no atendimento do setor saúde do trabalhador por parte do preenchimento incorreto dos campos do formulário (pela recepção ou pelo médico) e, pela falta de compreensão e discussão sobre o assunto entre a Coordenação da Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador junto a responsável pelo sistema de informação na SESAUI.

Em se tratando da seguridade do trabalhador, o atendimento prestado ao cidadão/usuário está comprometido devido as constantes greves que paralisam o serviço, atrasando as perícias médicas para pagamento de benefícios, além do problema de garantia do pagamento da aposentadoria, tendo em vista o aumento da expectativa de vida da população e, o crescente aumento do trabalho informal que deixa de gerar impostos, que levaram a emissão da EC nº 20, modificando as regras da aposentadoria.

Problemas com as informações geradas sobre SST também foram evidenciados no Ministério da Previdência Social e no Ministério do Trabalho e Emprego, quando da inconsistência das estatísticas. A explicação dada pelo DRT/MS foi a de que os números consolidados por este ministério dizem respeito aos benefícios concedidos e, os números consolidados pelo MTE, dizem respeito a acidentes do trabalho que resultem ou não em afastamentos.

Em nível estadual, o Governo de Mato Grosso do Sul vem desenvolvendo sistematicamente discussões sobre SST, em comissões multidisciplinares, destacando-se a atuação da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Esta, dentro de um trabalho mais planejado e articulado, vem fortalecendo a área, construindo uma base mais sólida nos processos de discussão junto aos gestores públicos e servidores. O mesmo não se aplica com a Secretaria do Estado de Assistência Social, Cidadania e Trabalho que se negou a responder o

questionário, marcar entrevista e, quando se tratando do Conselho Estadual de SST, não informou a sua destituição, além de não apresentar o motivo pelo qual foi dissolvido.

O Governo Federal, através do PQSP, está buscando a melhoria da qualidade no atendimento ao cidadão/usuário, com um novo modelo de administração pública. Entretanto, verificou-se que o atendimento deste novo modelo de gestão não está claro junto aos servidores públicos federais. Esforços maiores na divulgação, discussão e engajamento no programa, se fazem necessário nos quatros ministérios estudados.

A respeito do nível de conhecimento por parte dos sindicatos dos trabalhadores, e patronal, constatou-se a falta de conhecimento sobre o assunto necessitando realizar um trabalho junto a estas instituições sobre responsabilidades legais em SST.

Frente ao que foi relatado, propõe-se que o levantamento dos dados em nível local, seja coletada nos pontos de atendimento à saúde do trabalhador, na maioria da população pelo sistema SUS, onde há uma maior capilaridade, seja no atendimento emergencial nos postos de saúde ou nos hospitais, como no atendimento do PSF, quando das visitas do agente de saúde nas residências das famílias e, nas fiscalizações feitas pela vigilância sanitária em saúde do trabalhador pelo município. Estes dados devem alimentar um sistema de informação, que tenha autonomia, com periodicidade semanal para obtenção do relatório local e, alimentar o sistema do DATASUS, com periodicidade mensal para consolidação dos dados a nível estadual, remetendo ao Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e, Ministério da Previdência Social, para consolidação dos dados anuais.

Devem ser estabelecidos indicadores de saúde que apontem quando da chegada ao número aceitável limite, indicando que medidas mais ostensivas (visitação, multas, entre outras) sejam tomadas naquele momento.

Ao mesmo tempo, a Delegacia Regional da Previdência Social também de posses destes indicadores, poderão acionar a DRT/MS para um trabalho em conjunto numa diligência a empresas que atingiram os indicadores estabelecidos.

Entretanto, realizar ações ostensivas em conjunto não é suficiente e, também, não garante a mudança do contexto encontrado. Ações de pesquisas em parceria com IES são recomendáveis já que estas instituições possuem metodologias e equipamentos para explicar a realidade. Além disso, a participação destas instituições junto aos diversos atores seja na ordem governamental, empregadores ou trabalhadores, podem vir levantar informações até então desconhecidas para estes atores.

A proposta do modelo de gestão estratégica entre a sociedade civil e o setor público, vem ao encontro da nova proposição de políticas públicas saudáveis, onde há a participação efetiva dos atores envolvidos em ações não isoladas, com o foco no resultado, procurando atender as necessidades do cidadão/trabalhador quando de suas necessidades apresentadas a serem atendidas pelo governo, seja de qual esfera for, ocasionada pela exposição ao processo produtivo imposto pelos empregadores.

Finalizando, respondendo a questão central deste estudo, o modelo hoje vivenciado na GSST não está suficientemente bem estruturado de forma a dar conta às questões que cercam não só a segurança no ambiente de trabalho, como a garantia da saúde do trabalhador. Dificuldades na operacionalização das ações que visem a SST foram observadas nos três níveis governamentais, bem como a desinformação por parte dos sindicatos, tanto dos trabalhadores como o patronal, sobre conhecimento da forma de gestão da segurança e saúde do trabalhador.

### ***Sugestões de Trabalhos Futuros***

A partir deste estudo, fica listada sugestão de pontos a serem esclarecidos:

- Formação de Indicadores em SST.
- Desenvolvimento de BD em SST em nível local.
- Desenvolvimento de metodologias educacionais em SST.
- Desenvolvimento de metodologias de capacitação para servidores públicos que atuam em SST.
- Desenvolvimento de métodos de avaliação dos programas aplicados em SST em nível local.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Arlindo. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. *Estudos Avançados*, 13 (35), p. 117-24, 1999.

AMPARO, Paulo Pitanga do. A situação dos acidentes de trabalho no Brasil em 2000: análise e sistematização com bases de dados do departamento de saúde e segurança do trabalho – DSST, do ministério do trabalho e emprego – MTE. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

ANSOFF, Igor H., DECLERK, Roger P. & HAYES, Robert L. (org). *Do planejamento estratégico à administração estratégica*. São Paulo: Atlas, 1981.

ARIAS, Rodolfo. Cobertura do seguro de acidentes do trabalho: necessidades de ampliação. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

ARNDT, Elizabeth. IBAMA/MS. **Entrevista Pessoal**. Campo Grande, SESAU, concedida em 20 de novembro de 2004.

ÁVILA, Josefa Barros Cardoso. Acidentes e doenças ocupacionais: custos, comunicação, registro, estatística e epidemiologia – a importância dos indicadores de acidentes do trabalho. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

BARRÓN, Jorge Meléndez. Algunos temas sobre las tendencias de los seguros de riesgos del trabajo en america. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

BERLINGUER, Giovanni. Globalização e saúde global. *Estudos Avançados*, 13 (35), p. 21-38, 1999.

BRANDÃO, Denis & CREMA, Roberto (orgs.) *O novo paradigma holístico*. São Paulo: Summus, 1991.

BRANT, Luiz Carlos e GÓMEZ Carlos Minayo. O sofrimento e seus destinos na gestão dos trabalhadores. *Ciência Saúde Coletiva*, out/dez, 2005, vol 10, nº 4, p.939-952. SSN 1413-8123.

BRASIL, Decreto Lei nº 3.048, de 08 de maio de 1996, aprova o regulamento da previdência social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF, ano CXXXVII, nº 89, seção 1, p. 1, 12 de maio de 1999.

BRASIL, Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. *Tudo o que você precisa saber sobre a previdência*. Brasília: MPAS/ACS, 2002.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde, Portaria Interministerial nº 11/95, que institui o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado de Trabalho – PIAT, 1995. *Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde, Portaria Interministerial nº 14/96, que institui o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado de Trabalho – PIAT, 1996. *Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, *Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria MS nº 3.120, de 1º de julho de 1998, dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde, Portaria Interministerial nº 14/96, que institui o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado de Trabalho – PIAT. *Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços de saúde. *Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

BRASIL, Ministério do Meio Ambiente, Decreto-Lei nº 98.816, de 11 de janeiro de 1990, regulamenta a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, atualização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. *Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério do Meio Ambiente, Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, atualização, a

importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. ***Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador.*** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério do Meio Ambiente, Lei nº 9.605, de 13 de fevereiro de 1998, trata sobre crime ambientais. ***Caderno de saúde do trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde do trabalhador.*** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil, Ministério do Planejamento e Orçamento. Programa de Qualidade do Serviço Público. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA – Introdução ao GESPÚBLICA. Disponível em <https://ead.serpro.gov.br>, acessado em 23 de maio de 2003.

Brasil, Ministério do Planejamento e Orçamento. Programa de Qualidade do Serviço Público. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA – Introdução ao GESPÚBLICA. Disponível em <https://ead.serpro.gov.br>, acessado em 23 de maio de 2004.

Brasil, Ministério do Planejamento e Orçamento. Programa de Qualidade do Serviço Público. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA – Introdução ao GESPÚBLICA. Disponível em <https://ead.serpro.gov.br>, acessado em 23 de maio de 2005.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Fórum sobre segurança e saúde do trabalho no Brasil e tendências. FUNDACENTRO. Disponível em <http://www.tem.gov.br>. Acesso em 16/12/2002.

BRASIL, Ministério do Trabalho, Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978, aprova as Normas Regulamentadoras – NR, do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho, redação dada pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. São Paulo: Atlas, 52ª ed. pegar o ano.

BRASIL, MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO. Sobre o ministério público da união. Disponível em <http://www.mpu.gov.br/institucional>, acessado em 12/07/2004.

BRASIL, MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Disponível em <http://www.pgt.mpt.gov.br/institucional/index.html>, acessado em 12/07/2004.

BRASIL, MPS/MS/MTE. **Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004.** trata da constituição do Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/MTE, que estruturará a articulação intragovernamental em relação às questões de segurança e saúde do trabalhador.política nacional de segurança e saúde do trabalhador. Brasília, 2004.

BRASIL. ***Constituição da república federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.*** São Paulo: Atlas, Manuais de Legislação Atlas, 11ª ed, 1998.

BRASIL. **Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977.** Segurança e medicina do trabalho São Paulo: Atlas, 34ªed, 1996.

CAMPO GRANDE. Lei Municipal n.º 3836, de 28/12/2000 .Disponível em: [http://www.campogrande.ms.gov.br/index3.htm?canal\\_id=216](http://www.campogrande.ms.gov.br/index3.htm?canal_id=216). Acesso em 23/07/2003.

CAMPO GRANDE. SESAU. **Relatório de gestão 2000**. Campo Grande, SESAU, 2001.

CAMPO GRANDE. SESAU. **Relatório de gestão 2002**. Campo Grande, SESAU, 2003.

CAMPOS, Celso Humberto de Souza; Porto, Cristina M. Fernandes; Lazzarini, Mônica P. Trentin; Leite, Maria Eliane; Azevedo Filho, Eduardo; Palma, Nancy Leandro; Pellissari, José Hélio & Borges, Maria Neide Morgado. Tecnologia aplicada à saúde a serviço do cidadão. Disponível em <http://www.sbis.org.br-Congresso>, acesso em [25/02/2003].

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPUTO, Ronald. A infortunistica e a responsabilidade civil do empresário industrial. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

CARRILHO, Jorge Miguel. Developing management systems for emerging countries. Fórum de Gestão Latina. São Paulo: *Revista de Administração Empresas/FGV-EAESP-RAE*, v. 41 (4), out/dez, p.6-14, 2001.

CARVALHO, André e Oliveira. Tecnologias da informação na gestão da saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: 32 (2): 195-205, mar/abr, 1998.

CARVALHO, Antônio Ivo de. *Projeto da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade* (online). Disponível na Internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/pesquisa/projetos>, acesso em [26/02/2003].

CASTRO, Hermano Albuquerque. Processo de trabalho – as conseqüências na saúde do trabalhador. *Encontro Estadual: trabalho seguro e saudável – fator de desenvolvimento*. Campo Grande/MS, 10 de maio de 2002.

CHIAVENATTO \_\_\_\_\_. *Introdução à teoria geral da Administração*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1983.

CHIAVENATTO, Idalberto. *Administração de empresas: uma abordagem contingencial*. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

CHILD, J. & Faulkner, D. *Strategies of co-operation: managing alliances, networks, and joint venture*. New York: Oxford University Press, 1998.

CORDEIRO, Ricardo Carlos. Subdiagnóstico compromete políticas públicas. São Paulo: *PESQUISA FAPESP*, 76, Junho de 2002.

COSTA, Danilo e PENA, Paulo G L. Persistem estratégias políticas ultraliberais para a saúde do trabalhador – uma contribuição ao debate. *Ciência Saúde Coletiva*, out/dez, 2005, vol 10, nº 4, p.812-814. SSN 1413-8123.

COSTA, Ronaldo. SESAU. **Entrevista pessoal** concedida em 20 de novembro de 2002.

CURRID, Cherril. *Cumpiting strategies for reengineering your organization*. Prima, 1994.

DATASUS. Programa Nacional de Imunização. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/pni.htm>. Acesso em 23/10/2004.

DATASUS. Sistema de informação ambulatorial. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/siasus/historico.htm>. Acesso em 23/10/2004.

DATASUS. Sistema de informação ambulatorial. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>. Acesso em 23/10/2004.

DATASUS. Sistema de informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>. Acesso em 23/10/2004.

DATASUS. Sistema de informação laboratorial do programa nacional de combate ao câncer de colo uterino - SISCOLO. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/colo/colo.htm>. Acesso em 23/10/2004.

DATASUS. Sistemas de informações de nascidos vivos. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>. Acesso e 23/10/2004.

Dias Elizabeth Costa. *Evolução e aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil*. Washington: Bol os Saint Panam, v. 15, nº 3, p.202-13, 1994a.

DIAS, Elizabeth Costa. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde no Brasil: realidade fantasia ou utopia?* Campinas: INICAMP, tese de doutorado, 1994b.

ECK, Johaness. Seguro contra acidentes do trabalho – responsabilidades institucionais na ótica de um novo modelo. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

FACCHINI, Capítulo 3: Por que doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Organizadores: José Tarcísio P. Buschinelli; Lys Esther Rocha, Raquel Maria Rigotto. São Paulo: Vozes, p.33-55, 1993.

FARREL, Larry C. *Entrepreneurship – Fundamentos das organizações empreendedoras*. São Paulo: Atlas, 1993.

FAULKNER, D. *International strategic alliances: co-operating to compete*. Londres: McGraw-Hill, 1995.

FERNANDEZ, Adolfo Jiménez. La proteccion de los riesgos profesionales por la mutuas de accidentes de trabajo. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.



FLORES, Lúcia Locatelli. *Redação: o texto técnico/científico e o texto literário, dissertação, descrição, narração, resumo, relatório*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.

FORJAZ, Maria Cecília Spina. Globalização e crise do estado nacional. *Revista de Administração de Empresas – RAE*. São Paulo: EAESP/FGV, v. 40, nº 2, p. 38-50, abr/jun, 2000.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. *A saúde do trabalhador no maranhão: uma visão atual e proposta de atuação*. Rio de Janeiro: CESTEH/FIOCRUZ, Dissertação de Mestrado. 1999.

GUGEL, Maria Aparecida. Responsabilidades institucionais – públicos e privados: articulação, coordenação e integração na ótica de um novo modelo. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

HORNKOHL, Maria Ariadna. Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: experiencia chilena. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

JATENE, Agib. Novo modelo de saúde. *Estudos Avançados*, 13 (35), p.51-64, 1999.

JOHNSON, Allan G. *Dicionário de Sociologia – guia prático da linguagem sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LAURELL, A. C. & Noriega, M. *Processo de produção e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEWIS, Jordan D. *Alianças estratégicas, estruturando e administrando parcerias para o aumento da lucratividade*. São Paulo: Pioneira, 1992.

LIMA, Deise Guadalupe de. *Qualidade de vida na organização empresarial (qvo) e macroergonomia: validação de um instrumento de avaliação da qvo*. Florianópolis: Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção – Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

LINO, Domingos. La globalización de las relaciones económicas: implicaciones para la seguridad y la salud en el trabajo. El punto de vista de los países en desarrollo. *XIV Congreso Mundial sobre Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madri, España, 22 a 26 de abril, 1996.

LORANGE, Peter & ROOS, John. *Alianças estratégicas: formação, Implementação e evolução*. São Paulo: Atlas, 1996.

LUSENA, Rodrigo de Oliveira. Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador. *Entrevista Pessoal*. Campo Grande, SESAU, concedida em 20 de novembro de 2002

MARCONI, Marina A. & LAKATOS Eva Maria. *Técnica e pesquisa, planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnica de pesquisas: elaboração análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas, 3ed., 1996.

MATO GROSSO DO SUL, Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária – Saúde do Trabalhador. Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br/Saude/SES/PSaudeTrabalhador.htm>, acesso em 13/09/2003a.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado de Planejamento e de Ciência e Tecnologia. Disponível em <http://www.ipplan.ms.gov.br/>. Acesso em 15/10/2004.

MATO GROSSO DO SUL/SES. Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalho. Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br/Saude/SES/PCIST.htm>. Acesso em 13/09/2003b.

MATO GROSSO DO SUL/SES. Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalho. Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br/Saude/SES/VigilanciaSanitariaCerest.htm>. Acesso em 13/09/2003.

MENDES, René. Aspectos históricos da patologia do trabalho. *In: Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: ATHENEU, 1995.

MENDES, René. O impacto dos efeitos da ocupação I. Morbidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22 (4), p. 311-26, 1988.

MENDES, René. O impacto dos efeitos da ocupação II. Morbidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22 (5), p. 441-57, 1988.

MENDONÇA, Luis Carvalheira. **Participação na organização: uma introdução aos fundamentos, conceitos e formas**. São Paulo: Atlas, 1987.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Para ampliar o debate sobre a saúde do trabalhador. *Ciência Saúde Coletiva*, out/dez, 2005, vol 10, nº 4, p.810-811. SSN 1413-8123.

MINER, John B. *The management process – theory, research and practice*. New York: The Macmillan Company, 1973.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atribuições do Ministério da Saúde, Saúde do trabalhador. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/strabalhador/default.cfm>. Acesso em 15 de novembro de 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atribuições do Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=281](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=281). Acesso em 23 de outubro de 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Organizadora: Elizabeth Costa Dias; Idalberto Muniz Almeida, & et al. Brasília, DF/ Ministério da Saúde, Representação no Brasil da OPAS/OMS, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância a saúde. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00\\_sim.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00_sim.htm). Acesso em 23/10/2004.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO E MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2000*. Brasília: MTE e MPAS, 2002.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Ministério - missão. Disponível em <http://www.mte.gov.br/Menu/Ministerio/organograma/default.asp>, acessado em 03/07/2004.

MOURA, Lincoln A. Proteção de desenvolvimento de sistema de prontuário médico eletrônico (*online*). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br>, home page do Hospital das Clínicas, 1997.

MULLER NETO, Júlio S. Políticas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*, nº 31, março, 1991.

NICÁCIO, José Ângelo. *Alianças estratégicas entre agroindústrias integradas em cooperativas*. Florianópolis: Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção – Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

occupational safety and health administration – OSHA. OSH act of 1970. Disponível em [http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show\\_document?p\\_table=OSHACT&p\\_id=2743](http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=OSHACT&p_id=2743), acesso em 23/12/2005.

OLIVEIRA, M. H. & et al. *Análise da política de saúde do trabalhador nos anos 80*. Rio de Janeiro/Brasília: Relatório de Pesquisa CNPq, 1997.

OLIVEIRA, M. H. Barros & VASCONCELLOS, Luis Carlos Fadel de. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil, algumas questões sem respostas. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (2), p. 150-6, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Temas: Saúde do Trabalhador (*online*). Disponível na Internet: <http://www.opas.org.br/temas> [26/02/2003].

ORNÉLAS, Waldeck & VIEIRA, Solange P. *Novo rumo para a previdência brasileira*. Ministério da Previdência e Assistência Social, outubro, 1999.

PACHECO Jr., Waldemar. *Qualidade na segurança e higiene do trabalho: série SHT 9000, normas para gestão e garantia da segurança e higiene do trabalho*. São Paulo: Atlas, 1995.

PEREIRA, Maria Izabel & SANTOS, Silvio Aparecido dos. *Modelo de gestão: uma análise conceitual*. São Paulo: Pioneira, 2001.

PNAD –Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios. IBGE. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/brasil\\_em sintese/](http://www.ibge.gov.br/brasil_em sintese/). Acesso em 15/05/2004.

QUIRÓS, Lilia Marta Archaga. Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. Rio de Janeiro: Liga Brasileira Contra Acidentes do Trabalho, 1971.

RIBEIRO, Carlos Reinaldo M. *A empresa holística*. São Paulo: Editare, 1989.

ROBBINS, Stephen P. *O processo administrativo – integrando teoria e prática*. São Paulo: Atlas, 1978.

ROCHA, Juan Stuard Yazlle. Saúde e planejamento: novos paradigmas. Rio de Janeiro: *Revista Administração Pública – RAP*, 32, 920, p. 135-46, mar/abr, 1998.

SANDRONI, Paulo. Dicionário de administração e finanças. São Paulo: Best Seller, 1996.

SANTOS, Carlos. Organización y gestion de la prevencion. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

SCHUBERT, Baldur. Accidentes Del trabajo: América del sur y central. In: *Anais da Asociación Internacional de la Seguridad Social – AISS – Simposio Internacional “Global Perspectives on Effective Workplace Safety Strategies”*. Melbourne: Australia, 15 e 16 de Marzo de 2001a.

SCHUBERT, Baldur. Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

SCHUBERT, Baldur. Problemas actuales des seguro obligatorio de accidenters a escala mundial: una encuesta de la AISS - Accidentes del trabajo: América del sur y central. In: *Asociación Internacional de la Seguridad Social – AISS, 27ª Asamblea General, Comisión Técnica des Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales*. Estocolmo: Suecia, 09 à 15 de Septiembre de 2001b.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE. Disponível em: <http://www.saude.se.gov.br/HomePages/HPPadraoSaude.nsf/0/90065ce18cbe211a03256d350043d082?OpenDocument&Click>. Acesso em 23/10/2004.

SERRA, José. A questão da saúde no Brasil. *Estudos Avançados*, 13 (35), p. 39-50, 1999.

SERRANO, Márcio. Tendências do SAT à Luz da Emenda Constitucional número 20. In: *Workshop “Os riscos do trabalho no Brasil e no mundo”*. Brasília, Conferência Interamericana de Seguridad Social, 2 a 4 de setembro, 2002.

SILVA, Edna Lúcia & MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2000.

SOARES, Eliziane Cazura Xavier Vieira; SCHIMAZAKI, Maria Emi; SCHENEIDER, Ana Luiza Gondin; AGIBERT, Carmem Lúcia & colaboradores. Tutorial de informações gerenciais – a informação no momento certo (online). Disponível em <http://www.sbis.org.br - Congresso>, acesso em [25/02/2003].

SOARES, Márcia Fernandes; COSTA, Maria Esteves da & COELI, Cláudia Medica. *Avaliação do processo de produção de dados do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIS/SUS) nas unidades públicas de saúde da área de planejamento* 2.2. Disponível na Internet em: <http://www.fiocruz.br/epsjv/cadernmarcia.html> [26/02/2003].

STONER, James A. F. *Administração*. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1985.

TAMBELLINI, Ana M. *Da medicina do trabalho à relação trabalho/saúde*. Texto apresentado no Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador de Mato Grosso do Sul, na disciplina Política Nacional de Saúde do Trabalhador, julho de 2000.

UNIÃO EUROPÉIA. Estratégia comunitária de saúde e segurança no trabalho (2002-2006). Disponível em <http://europa.eu.int/scadplus/leg/pt/cha/c11147.htm> acesso em 20/12/2005.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de: *Política nacional de saúde do trabalhador*. Texto apresentado no Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, na disciplina Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Campo Grande/MS, julho 2000.

VIEIRA, Sebastião Ivone. *Medicina básica do trabalho*. Curitiba: Gênese, 1994.

ZÚNIGA, Cristina Gutiérrez; PEÑA, Patricia Hernadéz; GUERRERO, Claudia Ortiz; FERNÁNDEZ, Rocio Zurutuza & SANTOS-Burgoa, Carlos. Evaluacion economica y tomada de decisiones en salud ambiental. *Revista de Saúde Pública*, 28 (2), p. 153-66, abril, 1994.

## **ANEXOS**

**ANEXO I -ROTEIRO DE ENTREVISTA – GOVERNO FEDERAL**  
**(via Ministério do Planejamento)**

1. Entrevistado: \_\_\_\_\_
2. Função: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_
3. Qual a missão deste Governo? (verificar se está por escrito – fonte – quem somos, o que fazemos e porque fazemos o que fazemos).
4. Qual a imagem que o Governo Federal tem a respeito de si mesmo e do seu futuro (daqui a 4 anos)?
5. De um modo geral, quais são os objetivos deste Governo com relação a:
  - a. Segurança no trabalho?
  - b. Saúde do trabalhador?
  - c. Previdência Social?
  - d. Meio Ambiente?
  - e. Geração de Empregos?
  - f. Trabalho Informal?
6. Qual é a estratégia adotada por este governo frente aos itens perguntados acima?
7. Quais são os sistemas de informação utilizados pelo governo para tomada de decisão com relação ao item 5?

**ANEXO II- ROTEIRO DE ENTREVISTA – Ministério da Saúde/MS**

Sr. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1. Qual a missão do Ministério da Saúde?
2. Como a instituição define “Saúde do Trabalhador”?
3. Qual os seus objetivos com relação à saúde do trabalhador?
4. Quais foram às ações efetuadas por esta instituição nos últimos quatro anos referentes a GSST?
5. Quais são as dificuldades encontradas por esta instituição no atendimento aos objetivos fixados junto a Saúde do Trabalhador?
6. Que ações estão sendo tomadas para superar estas dificuldades?
7. A nível nacional, quais são os desafios deste Ministério frente a GSST?
8. E a nível Estadual (na gerência executiva/MS)?
9. A nível estatístico, quais são as principais doenças ocupacionais que acometem o trabalhador brasileiro?
10. E a nível local (MS)?
11. Como são definidas as ações a serem tomadas por esta instituição a nível local?
12. A instituição baseia-se em algum modelo de tomada de decisão? Qual (quais)?
13. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial?
  - a. Qual?
  - b. Qual é o seu objetivo?
14. Gerência dos dados de saúde ocupacional:
  - a. Onde encontro estes dados?
  - b. Quais são as técnicas de mineração dos dados para as tomadas de decisões?
  - c. Como se dá os cluster de dados?



**ANEXO III - ROTEIRO DE ENTREVISTA –MTE/DRT/MS**

Sr. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

1. Qual a missão do Ministério do Trabalho e Emprego?
2. Como a instituição define “Segurança do Trabalhador”?
3. Qual os seus objetivos com relação à segurança do trabalhador?
4. Quais foram às ações efetuadas por esta instituição nos últimos quatro anos referentes a GSST?
5. Quais são as dificuldades encontradas por esta instituição no atendimento aos objetivos fixados junto a Segurança do Trabalhador?
6. Que ações estão sendo tomadas para superar estas dificuldades?
7. A nível nacional, quais são os desafios deste Ministério frente a GSST?
8. E a nível Estadual (DRT/MS)?
9. A nível estatístico, quais são os principais problemas de segurança ocupacional que acometem o trabalhador brasileiro?
10. E a nível local (MS)?
11. Como são definidas as ações a serem tomadas por esta instituição a nível local?
12. A instituição baseia-se em algum modelo de tomada de decisão? Qual (quais)?
13. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial?
  - a. Qual?
  - b. Qual é o seu objetivo?
14. Gerência dos dados de saúde ocupacional:
  - a. Onde encontro estes dados?
  - b. Quais são as técnicas de mineração dos dados para as tomadas de decisões?
  - c. Como se dá os cluster de dados?
15. Em 17/12/1999, houve um fórum sobre Segurança e Saúde no Trabalho no Brasil e Tendências, na FUNDACENTRO, em São Paulo, onde foi discutido o Projeto 01 do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade “Revisão e Reconstrução do Modelo de Organização do Sistema Integrado de Segurança e Saúde no Trabalho”. Nesta reunião, segundo o MTE, foram tiradas nove recomendações consensuadas; duas recomendações das Confederações dos Empregadores e uma Recomendação das Centrais Sindicais dos Trabalhadores. Destas recomendações derivaram quatro linhas de ações, com um total de dez projetos. **Pergunta:**
  - a. Como caminham estes projetos?
  - b. Todos já foram iniciados?
  - c. Podemos ter acesso a eles?
  - d. Como é feita a avaliação destes projetos?
  - e. As necessidades dos atores (governo, empregadores e empregados) estão sendo atendidas?
16. De acordo com a Instrução Normativa e Vigilância, de Portaria nº3.120, de 01 de julho de 1998, cabe a vigilância saúde do trabalhador “detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológicos, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos de forma a eliminá-los ou controlá-los”. Esta norma não dá poderes para a vigilância fiscalizar o ambiente de trabalho, sobrepondo-se as atividades que o fiscal do trabalho realiza? Como vocês avaliam esta instrução?

## ANEXO IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA – MPAS – INSS/MS

Sr<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_

1. O que é e para que veio o MPAS?
2. Como ele é composto e qual o seu funcionamento nas UFs do Brasil?
3. Quantos são os benefícios que a Previdência cobre atualmente? (11 pela Lei 3.048, de 06/05/99).
4. Quais e quantos são os serviços prestados pelo INSS?
5. Quais são as tendências Internacionais no que se refere à proteção aos trabalhadores?
6. Qual é a tendência Nacional sobre este tópico?
7. Quais são os maiores riscos no trabalho no Brasil e no mundo?
8. Todo ônus do benefício é o Estado a partir do 16º dia após o acidente de trabalho (AT). Ainda é assim?
9. O que a Sra. acha sobre a privatização do AT?
10. Na sua opinião, esta decisão irá melhorar as condições de trabalho nas empresas? Já que a tendência é a de tarifação “bônus/malus?”
11. Qual o modelo atual do SAT e qual o modelo que a Sr<sup>a</sup> acredita ser o “ideal para a melhoria das condições de trabalho?”
12. Qual é o sistema de informação utilizado para tomada de decisão, no caso do SAT? Ele é eficiente?
13. É possível ter acesso aos estudos e propostas (anteprojeto de Lei que foram desenvolvidos em Curitiba – 1997 e Salvador – 2000)?
14. Quais são os entraves para o atendimento da Ementa Constitucional nº20?
15. Segundo Schubert (2002) “O fato político mais recente na evolução da legislação brasileira dos acidentes de trabalho é a promulgação da Emenda Constitucional nº 20/98 que estabelece que a lei disciplinará a cobertura do acidente de trabalho, a ser atendida concorrentemente pelo Regime Geral de Previdência Social e pelo setor Privado. Este fato está ensejando uma oportunidade histórica de elaborarmos uma proposta de regulamentação da EC nº 20, de forma a proteger os trabalhadores brasileiros dentro de um novo paradigma que valoriza o trabalho sem risco”. COMO ISTO ACONTECEU EM 1998, A PERGUNTA É: A OPORTUNIDADE SE CONFIRMOU OU NÃO?
16. Quais são os maiores “nós” encontrado atualmente na Previdência para o atendimento total da Assistência e Previdência Social?
17. Todo amparo do trabalhador tem um custo. Este custo é provido pelo pagamento das empresas e dos trabalhadores liberais. A entrada corresponde à saída? Em outras palavras, a Previdência está conseguindo equilibrar as balanças?
18. A Previdência mantém Auditores que fiscalizam o que: ambiente do trabalho ou a parte contábil das empresas?
19. Qual o objetivo da Cobertura dos Riscos de Trabalho?
20. Como ele deve constituir?
21. Qual a estratégia adotada para a Cobertura dos Riscos de Trabalho?
22. Como seria estas taxas de cotação?
23. Como está, atualmente, a notificação das CATs? Ainda há subnotificação? O que a Previdência faz em relação a isto? (Pedir dados estatísticos no Brasil e no Mundo).
24. Perguntas se há Biblioteca no INSS e se há um livro com o título “Indicadores chaves do mercado de trabalho – OIT (1999)?”
25. Pegar estatística:
  - a. População maior de 15 anos \_\_\_\_\_
  - b. Força de trabalho: \_\_\_\_\_
  - c. Índice de participação PEA: \_\_\_\_\_
  - d. Relação emprego/população: \_\_\_\_\_
  - e. Emprego do setor informal urbano: \_\_\_\_\_
  - f. Cobertura da Seguridade Social: \_\_\_\_\_
  - g. Nº CATs: \_\_\_\_\_
  - h. PEA: \_\_\_\_\_
  - i. Nº assegurados pelo seguro AT: \_\_\_\_\_
26. Como é a Organização Administrativa do AT (atores envolvidos)?
27. As situações cobertas como AT são: AT “típico”; acidente de trajeto; enfermidade profissional do Trabalho. Há outro tipo de cobertura?

28. Ao seu ver, como são dadas, as orientações às pequenas e micro empresas sobre AT, ou como deveria ser? (pegar estatística sobre isto).
29. As competências institucionais segmentadas envolvem 3 ministérios (MTE - proteção ao trabalhador, MPAS – contributiva e , MS – universalista). O Ministério Público do Trabalho também não estaria participando conjuntamente com estes 3 ministérios? Por que?
30. Você poderia explicitar quais são as fases que compõe o SAT?
31. Pedir estatística e epidemiologia do AT – Perg.: Sistema de Informação (Base de dados – CNIS, Anuário Estatístico de AT).
32. Como a Sra. toma decisões aqui na sua gerência (baseado em que? Sozinha ou em conjunto?)
33. A Sra. gostaria acrescentar mais alguma coisa a respeito de tomada de decisão em sua gerência?

**ANEXO V - ROTEIRO DE ENTREVISTA –MMA/MS**

Sr. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1. Qual a missão do Ministério do Meio Ambiente?
2. Como a instituição define “Segurança e Saúde do Trabalhador”?
3. Qual os seus objetivos com relação à segurança e saúde do trabalhador?
4. Quais foram às ações efetuadas por esta instituição nos últimos quatro anos referentes a GSST?
5. Recentemente tivemos um acidente em MG com uma empresa de celulose que contaminou o rio que abastece MG e RJ. Neste caso, qual o papel do MMA frente ao acidente; quais as providências que este ministério deve tomar e, esta atitude se repetirá frente a qualquer acidente desta natureza?
6. Quais são as dificuldades encontradas por esta instituição no atendimento aos objetivos fixados junto a Segurança do Trabalhador?
7. Que ações estão sendo tomadas para superar estas dificuldades?
8. A nível nacional, quais são os desafios deste Ministério frente a GSST?
9. E a nível Estadual (MMA/MS)?
10. A nível estatístico, quais são os principais problemas de acidentes de empresas em relação ao meio ambiente que acometem as empresas brasileiras?
11. E a nível local (MS)?
12. Como são definidas as ações a serem tomadas por esta instituição a nível local?
13. A instituição baseia-se em algum modelo de tomada de decisão? Qual (quais)?
14. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial?
  - a. Qual?
  - b. Qual é o seu objetivo?
15. Gerência dos dados de acidentes contra o meio ambiente:
  - a. Onde encontro estes dados?
  - b. Quais são as técnicas de mineração dos dados para as tomadas de decisões?
  - c. Como se dá os cluster de dados?

**ANEXO VI - ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**Conselho Nacional de Saúde**

Sr. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1. Qual a missão do Conselho Nacional de Saúde?
2. Como este Conselho define “Segurança e Saúde do Trabalhador”?
3. Há algum grupo específico que trabalha com esta área?
4. Qual os objetivos com relação à segurança e saúde do trabalhador?
5. Quais foram às ações efetuadas por este Conselho desde a sua criação, até o presente momento, referentes a GSST?
6. Quais são as dificuldades encontradas por este Conselho no atendimento aos objetivos fixados junto a Segurança e Saúde no Trabalho?
7. Que ações estão sendo tomadas para superar estas dificuldades?
8. A nível estatístico, quais são os principais problemas de acidentes de empresas?
9. Como são definidas as ações a serem tomadas por esta instituição a nível local?
10. A instituição baseia-se em algum modelo de tomada de decisão? Qual (quais)?
11. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial?
  - a. Qual?
  - b. Qual é o seu objetivo?
12. Quais são as expectativas deste Conselho com relação a GSST?
13. Quais são as diretrizes gerais para a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho?
14. Já existe algum plano nacional para a área?

**ANEXO VII - ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**Secretaria Estadual de Saúde de MS**

Sr. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1. Qual a missão da Secretaria de Saúde/MS?
2. Como a instituição define “Saúde do Trabalhador”?
3. Há um setor específico para a saúde do trabalhador?
  - a. Caso positivo, quando foi criada (pegar portaria)?
  - b. Os primeiros gerentes (coordenadores) ainda se encontram no quadro funcional do estado?
  - c. Quais os problemas encontrados no início da implantação?
4. Qual os seus objetivos com relação à saúde do trabalhador?
5. Quais foram as ações efetuadas por esta instituição nos últimos quatro anos referentes a GSST?
6. Quais são as dificuldades encontradas por esta instituição no atendimento aos objetivos fixados junto a Saúde do Trabalhador?
7. Que ações estão sendo tomadas para superar estas dificuldades?
8. A nível estadual, quais são os desafios desta Secretaria frente a GSST?
9. A nível estatístico, quais são as principais doenças ocupacionais que acometem o trabalhador sul-mato-grossense?
10. Como são definidas as ações a serem tomadas por esta instituição a nível estadual?
11. A instituição baseia-se em algum modelo de tomada de decisão? Qual (quais)?
12. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial?
  - a. Qual?
  - b. Qual é o seu objetivo?
13. Gerência dos dados de saúde ocupacional:
  - a. Onde encontro estes dados?
  - b. Quais são as técnicas de mineração dos dados para as tomadas de decisões?
  - c. Como se dá os cluster de dados?

**ANEXO VIII - ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**Secretaria Estado de Assistência Social, Cidadania e Trabalho/MS**

Sr. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1. Qual a missão desta Secretaria?
2. Como a instituição define “Segurança e Saúde do Trabalhador”?
3. Há um setor específico para a segurança e saúde do trabalhador?
  - a. Caso positivo, quando foi criado (pegar portaria)?
  - b. Quem foram os primeiros gerentes?
  - c. Quais os problemas encontrados no início da implantação?
4. Quais os seus objetivos com relação à segurança e saúde do trabalhador?
5. Quais foram às ações efetuadas por esta instituição nos últimos quatro anos referentes a Gestão de Segurança e Saúde do Trabalhador - GSST?
6. Quais são as dificuldades encontradas por esta instituição no atendimento aos objetivos fixados junto a Segurança e Saúde do Trabalhador?
7. Que ações estão sendo tomadas para superar estas dificuldades?
8. A nível estadual, quais são os desafios desta Secretaria frente a GSST?
9. A nível estatístico, quais são os principais problemas de ordem ocupacional que acometem o trabalhador sul-mato-grossense?
10. Como são definidas as ações a serem tomadas por esta instituição a nível estadual?
11. A instituição baseia-se em algum modelo de tomada de decisão? Qual (quais)?
12. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial?
  - a. Qual?
  - b. Qual é o seu objetivo?
13. Gerência dos dados de saúde ocupacional:
  - a. Onde encontro estes dados?
  - b. Quais são as técnicas de mineração dos dados para as tomadas de decisões?
  - c. Como se dá os cluster de dados?

**ANEXO IX - ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**Conselho Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho/MS**

Sr. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1. Qual a missão do Conselho Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho?
2. Como este Conselho define “Segurança e Saúde do Trabalhador”?
3. Qual os seus objetivos com relação à segurança e saúde do trabalhador?
4. Quais foram às ações efetuadas por esta instituição desde a sua criação, até o presente momento, referentes a GSST?
5. Quais são as dificuldades encontradas por esta instituição no atendimento aos objetivos fixados junto a Segurança e Saúde no Trabalho?
6. Que ações estão sendo tomadas para superar estas dificuldades?
7. A nível estatístico, quais são os principais problemas de acidentes de empresas?
8. Como são definidas as ações a serem tomadas por esta instituição a nível local?
9. A instituição baseia-se em algum modelo de tomada de decisão? Qual (quais)?
10. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial?
  - a. Qual?
  - b. Qual é o seu objetivo?
11. Quais são as expectativas deste Conselho com relação a GSST?
12. Quais são as diretrizes gerais para a Política Estadual de Segurança e Saúde no Trabalho?
13. Já existe algum plano estadual para a área?



**ANEXO X - ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Campo Grande- MS**

**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Data de Criação: \_\_\_\_\_

**ESTRUTURA:**

Situação no Organograma: \_\_\_\_\_

Composição (Profissionais): \_\_\_\_\_

**PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:**

- ( ) Vigilância. Cite: \_\_\_\_\_
- ( ) Assistência. Cite: \_\_\_\_\_
- ( ) Capacitação/ treinamento de recursos humanos
- ( ) Informação em Saúde (p/ Sindicatos etc.)
- 1. Qual a missão desta Secretaria?
- 2. Como a instituição define “Saúde do Trabalhador”?
- 3. Qual os seus objetivos com relação à saúde do trabalhador?
- 4. Há algum setor específico para atender a saúde do trabalhador?
  - a. Desde de quando?
  - b. Quem é o gerente/ coordenador do setor?
- 5. Quais foram às ações efetuadas por esta instituição nos últimos quatro anos referentes a GSST?
- 6. Quais são as dificuldades encontradas por esta instituição no atendimento aos objetivos fixados junto a Saúde do Trabalhador?
- 7. Que ações estão sendo tomadas para superar estas dificuldades?
- 8. A nível local, quais são os desafios desta secretaria frente a GSST?
- 9. A nível estatístico, quais são as principais doenças ocupacionais que acometem o trabalhador desta cidade?
- 10. Como são definidas as ações a serem tomadas por esta instituição a nível local?
- 11. Os conselhos locais de saúde estão funcionando? Eles têm abordado sobre a questão de saúde e segurança no trabalho? Há algum registro oficial onde eu possa pesquisar (atas dos conselhos)?
- 12. A instituição baseia-se em algum modelo de tomada de decisão? Qual (quais)?
- 13. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial?
  - a. Qual?
  - b. Qual é o seu objetivo?
- 14. Gerência dos dados de saúde ocupacional:
  - a. Onde encontro estes dados?
  - b. Quais são as técnicas de mineração dos dados para as tomadas de decisões?
  - c. Como se dá os cluster de dados?
- 15. Quais foram os principais problemas enfrentados desde a implantação deste serviço?
- 16. Quais os principais pontos conquistados (avanços, realizações)?

**ANEXO XI - ROTEIRO DE ENTREVISTA: A visão sindical dos trabalhadores**

- 1- Como você vê a Saúde do Trabalhador em MS?
  - ☐ Como integrante da Saúde Pública e boa
  - ☐ Como integrante da Saúde Pública e má
  - ☐ Independente da Saúde Pública e boa
  - ☐ Independente da Saúde Pública e má
- 2- Você conhece algum órgão público no município ou no Estado que atue na questão saúde do trabalhador? ☐ Sim. Qual ? \_\_\_\_\_ ☐ Não
- 3- O que acha da fiscalização dos ambientes de trabalho por parte dos órgãos públicos? ☐ Eficiente ☐ Ineficiente ☐ Regular
- 4- E você sabe a quem compete? ☐ Sim, a \_\_\_\_\_ ☐ Não
- 5- Qual o principal problema de saúde do trabalhador aqui, neste estado?
  - ☐ Acidentes do trabalho
  - ☐ Doenças profissionais
  - ☐ Empresas não zelam pela saúde de seus funcionários
  - ☐ Os órgãos públicos não assumem seu papel
  - ☐ O trabalhador é desinformado
  - ☐ Outros. Cite: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
6. Quais as principais medidas para melhoria da Saúde do Trabalhador em MS? (pode colocar por ordem de importância)
  - ☐ Melhoria das condições gerais de saúde da população
  - ☐ Ação mais eficiente dos órgãos públicos
  - ☐ Maior atuação dos sindicatos e comunidade
  - ☐ Os órgãos públicos não assumem seu papel
  - ☐ Leis mais duras
  - ☐ Outros. Cite: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
7. Esta entidade tem algum setor ou departamento que atue ou se interesse em Saúde do Trabalhador? ☐ Sim ☐ Não
8. Quantos associados sua entidade possui?
9. Quais as dificuldades encontradas por esta instituição frente à participação da GSST?
10. De que forma esta instituição atua frente ao setor público na questão da GSST?
11. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial? Qual? Qual é o seu objetivo?
12. De que forma as decisões sobre a GSST é tomada por esta instituição?
13. Quais são as principais dificuldades encontradas por esta instituição em se tratando da intervenção da melhoria da GSST?
14. Quais as expectativas desta instituição para o futuro da GSST?

**ANEXO XII - ROTEIRO DE ENTREVISTA: A visão sindical dos Empregadores**

Sr. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

1- Como você vê a Saúde do Trabalhador em MS?

- ☐ Como integrante da Saúde Pública e boa
- ☐ Como integrante da Saúde Pública e má
- ☐ Independente da Saúde Pública e boa
- ☐ Independente da Saúde Pública e má

2- Você conhece algum órgão público no município ou no Estado que atue na questão saúde do trabalhador? ☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_ ☐ Não3- O que acha da fiscalização dos ambientes de trabalho por parte dos órgãos públicos? ☐ Eficiente ☐ Ineficiente ☐ Regular4- E você sabe a quem compete? ☐ Sim, a \_\_\_\_\_ ☐ Não

5- Qual o principal problema de saúde do trabalhador aqui, neste estado?

- ☐ Acidentes do trabalho
- ☐ Doenças profissionais
- ☐ Empresas não zelam pela saúde de seus funcionários
- ☐ Os órgãos públicos não assumem seu papel
- ☐ O trabalhador é desinformado
- ☐ Outros. Cite: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

7. Quais as principais medidas para melhoria da Saúde do Trabalhador em MS? (pode colocar por ordem de importância)

- ☐ Melhoria das condições gerais de saúde da população
- ☐ Ação mais eficiente dos órgãos públicos
- ☐ Maior atuação dos sindicatos e comunidade
- ☐ Os órgãos públicos assumem seu papel
- ☐ Leis mais duras
- ☐ Outros. Cite: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

8. Esta entidade tem algum setor ou departamento que atue ou se interesse em Saúde do Trabalhador? ☐ Sim ☐ Não

9. Quantos associados sua entidade possui?

10. Quais as dificuldades encontradas por esta instituição frente à participação da GSST?

11. De que forma esta instituição atua frente ao setor público na questão da GSST?

12. Vocês utilizam algum sistema de informação gerencial? Qual? Qual é o seu objetivo?

13. De que forma as decisões sobre a GSST é tomada por esta instituição?

14. Quais são as principais dificuldades encontradas por esta instituição em se tratando da intervenção da melhoria da GSST?

15. Quais as expectativas desta instituição para o futuro da GSST?